Eine Public-Health-Strategie für Deutschland

Eckpunkte des Zukunftsforums Public Health

Gesundheit betrifft alle Bereiche der Gesellschaft

Die COVID-19-Pandemie stellt unsere Gesellschaft auf die Probe. Binnen kürzester Zeit mussten zahlreiche Herausforderungen adressiert werden, wie die Kontaktnachverfolgung durch die Gesundheitsämter, die Beschaffung von medizinischen Produkten, die intensivmedizinische und pflegerische Versorgung der Erkrankten und vieles mehr. Alle gesellschaftlichen Bereiche, wie Wirtschaft, Bildung, Kultur und das private Leben sind durch die gesundheitliche Bedrohung und die Maßnahmen zur Eindämmung massiv beeinträchtigt. Besonders stark betroffen sind dabei Kinder, alte Menschen, vulnerable Gruppen, Menschen in sozial bzw. wirtschaftlich prekären Situationen und Menschen mit gesundheitlichen Vorbelastungen. Dies unterstreicht die Erkenntnis, dass (1) Gesundheit mit allen Lebensbereichen interagiert, (2) soziale und gesellschaftliche Unterschiede von herausragender Bedeutung für Gesundheit und Krankheit sind und (3) alle Lebensbereiche von der Funktionsfähigkeit des Public-Health-Systems abhängig sind.

Deutschland hat ein gut etabliertes Versorgungssystem – ein Public-Health-System fehlt dagegen

Die Versorgung von erkrankten Personen hat mit Blick auf die intensivmedizinischen Kapazitäten relativ gut funktioniert. Bei den ebenso wichtigen bevölkerungsbezogenen Maßnahmen hat die Pandemie offengelegt, dass es an Planung, Abstimmung, Ressourcen, zielgruppenorientierter Kommunikation und Vorbereitung fehlt. So mussten beispielsweise die Verantwortlichkeiten für Testungen in jeder Stadt und in jedem Landkreis erst mühsam ausgehandelt werden. Ein einheitliches, effizientes, digitales Meldesystem zum Monitoring von Infektionen, Tests oder Impfungen ist in Deutschland nicht vorhanden. Die Zusammenarbeit zwischen den föderalen Ebenen gestaltet sich schwierig. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist personell nicht ausreichend ausgestattet. Etablierte Verbindungen zwischen dem öffentlichen Gesundheitsdienst und der Wissenschaft gibt es nur selten, sodass beispielsweise auf lokaler Ebene epidemiologische Fragen zur Ausbreitung und Übertragung des Virus oder zur Situation von vulnerablen Gruppen kaum geklärt werden können.

Ein systematischer Ansatz zur Sicherung und Förderung der Gesundheit auf Bevölkerungsebene ist dringend notwendig. Dieser Befund gilt nicht nur für den gesundheitlichen Ausnahmezustand einer Pandemie, auch wenn diese es auf erschreckende Weise sichtbar macht.

Entwicklung eines an internationalen Standards orientierten Public-Health-Systems

Public Health ist, in Anlehnung an international verbreitete Definitionen, die Wissenschaft und Praxis zur Verhinderung von Krankheit, Verlängerung des Lebens und zur Förderung von physischer, psychischer und sozialer Gesundheit unter Berücksichtigung einer gerechten Verteilung und einer effizienten Nutzung vorhandener Ressourcen durch die organisierten Anstrengungen einer Gesellschaft. Kurz gesagt, Public Health ist die öffentliche Sorge um die Gesundheit aller.

Nahezu jede politische Entscheidung wirkt sich – positiv oder negativ – auf die Gesundheit und den Schutz von Mensch, Tier und Umwelt aus. Die Auswirkungen politischer Entscheidungen auf die nationale und globale Gesundheit sowie die Umwelt müssen deshalb ressortübergreifend erfasst und berücksichtigt werden („Health-in-all-Policies-Ansatz"). Deutschland hat sich den Zielen für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen verpflichtet. Hierzu gehört auch das Ziel „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern". Dieses Ziel war handlungsleitend für die Strategie der Bundesregierung zur globalen Gesundheit. Bislang gibt es jedoch keine Strategie, wie dieses und alle weiteren gesundheitsrelevanten Ziele in Deutschland nachhaltig und sektorenübergreifend umgesetzt werden sollen. Deutschland braucht jetzt eine Public-Health-Strategie, um die gesundheitlichen Folgen der Pandemie abzufangen und die Resilienz für zukünftige Pandemien zu verbessern. Ein handlungsfähiges Public-Health-System fördert das Vertrauen der Bevölkerung in staatliche Institutionen und ist grundlegende Voraussetzung für die Verwirklichung des übergeordneten Ziels: ein Leben in bestmöglicher Gesundheit für alle Menschen zu ermöglichen.

Umsetzung der „Essential Public Health Operations" der Weltgesundheitsorganisation für Deutschland

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat zehn „Essential Public Health Operations" (EPHO) als Eckpunkte definiert, die den WHO-Mitgliedsstaaten beim Auf- und Ausbau ihrer Public-Health-Systeme Orientierung bieten sollen.

Aufbauend auf diesen EPHOs hat das Zukunftsforum Public Health in einem dreijährigen Prozess unter breiter Beteiligung vieler Akteure der Öffentlichen Gesundheit aus Wissenschaft und Praxis ein Dokument entwickelt, das umfassende Handlungsoptionen für den Ausbau des deutschen Public-Health-Systems aufzeigt. Das Dokument enthält für alle zehn EPHOs jeweils eine Beschreibung der Ausgangslage und der Herausforderungen, eine Vorstellung der wichtigsten Akteure des Feldes, eine Definition der handlungsleitenden Ziele sowie konkrete Vorschläge, wie diese Ziele erreicht werden können. Die folgenden Seiten geben einen Überblick über die Analysen und Empfehlungen des Zukunftsforums Public Health entlang der zehn EPHOs. Die Langfassung ist unter www.zukunftsforum-public-health.de/public-health-strategie verfügbar.

Eckpunkte für eine Public-Health-Strategie

Governance: Leitung, Führung und Verantwortung für Gesundheitsfragen sicherstellen

Um mehr Gesundheit für alle zu erreichen und gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern, bedarf es einer bundesweiten Public-Health-Strategie, die auf dem *Health-in-All-Policies*-Ansatz basiert und besonders die sozialen Determinanten der Gesundheit adressiert. Der *Health-in-All-Policies*-Ansatz verfolgt das Ziel, Gesundheit als Querschnittsthema in allen Politikfeldern zu verankern. Hierfür ist ein politikebenen- und ressortübergreifendes Planen und Handeln (z. B. durch eine Bund-Länder-Kommission) und die Einbeziehung aller relevanten gesellschaftlichen Akteure aus Wirtschaft, Wissenschaft und Zivilgesellschaft notwendig.

Nachhaltige Organisationsstrukturen und Finanzierung gewährleisten

Für die Umsetzung wirksamer und nachhaltiger Public-Health-Aktivitäten müssen in den Institutionen mit Zuständigkeit für Public Health (im engeren Sinn z. B. Gesundheitsämter, Landes- und Bundesbehörden, Landesvereinigungen für Gesundheit; im weiteren Sinn z. B. Bildungssystem, Stadtplanung) Kompetenzen und Kapazitäten entwickelt werden. Neben einer ausreichenden und nachhaltigen Finanzierung erfordert dies den Auf- und Ausbau von Aus-, Fort- und Weiterbildungsstrukturen, die Schaffung und Institutionalisierung koordinierender Strukturen insbesondere auf lokaler und überregionaler Ebene sowie die Schaffung einer leistungsfähigen Infrastruktur für Forschung und Entwicklung durch den Aufbau von Schools of Public Health nach angloamerikanischem Vorbild.

Surveillance: Solide Datengrundlagen schaffen und nutzen

Für die Identifizierung von Problemlagen und die Planung, Implementierung und Evaluation von Public-Health-Maßnahmen ist eine kontinuierliche und systematische Erhebung, Analyse, Interpretation und Berichterstattung von gesundheitsbezogenen Daten notwendig. Hierfür bedarf es eines Konzepts für eine nationale Public-Health-Surveillance, die auch die Länder- und kommunale Ebene umfasst und Daten aus anderen Politikbereichen (z. B. Sozialindikatoren, Umweltdaten) integriert. Beim Ausbau und der Weiterentwicklung von Surveillance sollten insbesondere die gesellschaftliche Vielfalt und Menschen in besonderen Lebenslagen berücksichtigt werden sowie lokale regionale Analysen ermöglicht werden.

Dabei ist – unter Wahrung des Datenschutzes – eine Interoperabilität unterschiedlicher Datenquellen anzustreben.

Gesundheitskrisen durch Planung und verbesserte Strukturen effektiver erkennen und bewältigen

Damit Gesundheitsgefahren vermieden oder zumindest frühzeitig erkannt werden können, bedarf es einer übergeordneten, generischen, nationalen Krisenplanung und eines gut vorbereiteten, klar strukturierten Krisenmanagementsystems. Für die Bewältigung von Gesundheitskrisen müssen Strukturen, Organisationen und Zuständigkeiten auf kommunaler, Länder- und nationaler Ebene eindeutig bestimmt, die behördliche

Risiko- und Krisenkommunikation abgestimmt sowie der Lage angepasst und zielgruppenspezifisch ausgerichtet sein. Die Maßnahmen müssen abgestimmt, möglichst evidenzbasiert sowie lageabhängig erfolgen. Hierfür ist eine erheblich bessere Ressourcenausstattung des ÖGD erforderlich.

Multisektoralen Gesundheitsschutz besser verzahnen

Zur Erreichung eines effektiven Gesundheitsschutzes ist es notwendig, die einzelnen Handlungsfelder des Gesundheitsschutzes (z. B. Infektionsschutz, Arbeitsschutz, Arzneimittelsicherheit, Lebensmittelsicherheit, Verkehrssicherheit) besser miteinander zu verzahnen und das gemeinsame Anliegen sichtbar zu machen. Hierfür bedarf es einer Analyse der Organisation des Gesundheitsschutzes auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene und ihrer Netzwerke. Damit sollen potentielle Synergien in der Umsetzung von Aufgaben ermittelt und gemeinsame Verfahren, Prozesse, Definitionen u.a. entwickelt werden.

Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit durch eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik verbessern

Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit können nur durch die Schaffung und den Erhalt gesunder Lebensbedingungen und Lebenswelten verbessert werden. Hierfür ist eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik Voraussetzung. Gesundheitsförderung kann so zum Beispiel durch Klima- und Umweltschutzmaßnahmen wie dem Ausbau des ÖPNV auf Basis erneuerbarer Energien (Reduktion von Luftverschmutzung bei Abschwächung der Erderwärmung) oder der Förderung nachhaltiger Ernährungsmuster (Reduktion des landwirtschaftlichen Flächenverbrauchs bei gleichzeitigem Senken des Risikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und des Körpergewichts) erfolgen. Zudem ist es erforderlich, die Gesundheitskompetenz zu verbessern und die Menschen zu befähigen, ihre Lebenswelt und ihr Leben gemäß ihren Fähigkeiten selbst zu gestalten.

Prävention umfassender verankern

Um das Auftreten und Fortschreiten von Krankheiten soweit wie möglich zu vermeiden, muss Prävention umfassender im Gesundheitswesen verankert werden. Hierfür ist es notwendig, den Zugang zu Früherkennungsuntersuchungen und präventiven Angeboten zu verbessern, präventive Maßnahmen systematisch zu evaluieren, die Gesundheitskompetenz in der Routineversorgung zu fördern und hohe Impfquoten zu sichern. Dort wo verhältnispräventive Maßnahmen effizienter und/oder effektiver als Verhaltensprävention sind, sollten diese bevorzugt eingesetzt werden.

Voraussetzungen für kompetentes Fachpersonal schaffen

Um mehr und bessere Public-Health-Spezialist*innen auszubilden, sollte für die Aus-, Fort- und Weiterbildung die Vernetzung zwischen Universitäten, Hochschulen, der Schools of Public Health bzw. Studiengängen in Public Health/Gesundheitswissenschaften sowie der Akademien für Öffentliche Gesundheit verbessert werden. Der Austausch und die gegenseitige Anerkennung der Ausbildungsinhalte sind zu fördern. Konkret für den ÖGD gilt es, dem Personalmangel mit der Rekrutierung weiterer Berufsgruppen sowie der Schaffung attraktiver Karriere- und Forschungswege zu begegnen.

Kommunikation und Information durch Leitlinien und Partizipation verbessern

Kommunikationskonzepte sollten einen gerechten, zielgruppenspezifischen und niederschwelligen Zugang zu qualitätsgesicherten Gesundheitsinformationen bieten, um gesellschaftliche und politische Akzeptanz sowie Unterstützung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen zu erreichen. Zu diesem Zweck müssen Leitlinien für eine wirksame Bevölkerungsansprache entwickelt werden. Die Bevölkerung sollte dabei immer in die Gestaltung von Kommunikationsmaßnahmen einbezogen werden.

Public-Health-Forschung ausbauen

Damit Public-Health-Forschung noch mehr zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit und zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit beitragen kann, ist eine Strukturförderung und Institutionalisierung notwendig, die der Interdisziplinarität von Public Health Rechnung trägt. Es bedarf es hierfür einer kritischen Bestandsaufnahme von Stärken und Schwächen der aktuellen Public-Health-Forschungslandschaft in Deutschland gefolgt von einer systematischen Prioritätensetzung, die den immer bedeutsameren Wissenschafts-Praxis-Transfer berücksichtigt. Ziel sollte es sein, Deutschland zu einem der international führenden Standorte für Public-Health-Forschung auszubauen.

Für das Zukunftsforum Public Health im März 2021:

Thomas Altgeld *Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen*

Prof. Till Bärnighausen *Universität Heidelberg*

Claudia Böhm *Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit*

Dr. Katharina Böhm *Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V.*

Prof. Freia De Bock *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*

Prof. Marie-Luise Dierks *Medizinische Hochschule Hannover*

Prof. Nico Dragano *Universitätsklinikum Düsseldorf*

Prof. Raimund Geene *Alice Salomon Hochschule – Berlin School of Public Health*

Karin Geffert *Pettenkofer School of Public Health, LMU München*

Dr. Bertram Geisel *Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg*

Sophie Gepp *Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit*

Prof. Ansgar Gerhardus *Universität Bremen*

Dr. Osamah Hamouda *Robert Koch-Institut*

Prof. Wolfgang Hoffmann *Universitätsmedizin Greifswald*

Dr. Joseph Kuhn *Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit*

Prof. Tobias Kurth *Charité - Universitätsmedizin Berlin*

Prof. Julika Loss *Robert Koch-Institut*

Prof. Susanne Moebus *Universitätsklinikum Essen*

Prof. Holger Pfaff *Universität Köln*

Peter von Philipsborn *Pettenkofer School of Public Health, LMU München*

Stefan Pospiech *Gesundheit Berlin-Brandenburg*

Prof. Oliver Razum *Universität Bielefeld*

Dr. Ute Rexroth *Robert Koch-Institut*

Prof. Heidrun M. Thaiss *Technische Universität München*

Dr. Peter Tinnemann *Charité – Universitätsmedizin Berlin*

Prof. Ute Thyen *Universität zu Lübeck – Klinik für Kinder- und Jugendmedizin*

Prof. Lothar H. Wieler *Robert Koch-Institut*

Prof. Manfred Wildner *Pettenkofer School of Public Health c/o Landesinstitut für Gesundheit*

Prof. Hajo Zeeb *Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie*

Dr. Thomas Ziese *Robert Koch-Institut*

Kontakt: info@zukunftsforum-public-health.de | www. zukunftsforum-public-health.de/public-health-strategie

Eckpunkte einer Public-Health-Strategie für Deutschland

Version 1.0 – Zukunftsforum Public Health

Inhalt

Präambel 4
Einleitung 5
Hintergrundinformation zum Erstellungsprozess 7
Kurzzusammenfassung der Kapitel 8

1. Governance 11
Führung und Verantwortung für Gesundheitsfragen sicherstellen (EPHO 6)
Ausgangslage und Herausforderungen 11
Ziele 12
Akteur:innen 13
Wege 14
Weiterführende Literatur 15

2. Finanzierung
Gewährleistung von nachhaltigen Organisationsstrukturen (EPHO 8) 17
Ausgangslage und Herausforderungen 17
Ziele 18
Akteur:innen 19
Wege 20
Weiterführende Literatur 22

3. Surveillance
Fakten als Wegbereiter für mehr gesundheitliche Chancengleichheit (EPHO 1) 24
Ausgangslage und Herausforderungen 24
Ziele 25
Akteur:innen 26
Wege 27
Weiterführende Literatur 28

4. Krisenplanung und -reaktion
Gesundheitskrisen effektiv erkennen und bewältigen (EPHO 2) 30
Ausgangslage und Herausforderungen 30
Ziele 31
Akteur:innen 32
Wege 32
Weiterführende Literatur 34

5. Multisektoraler Gesundheitsschutz

Gesundheitsschutz, Arbeitssicherheit, Patientensicherheit (EPHO 3) 35

Ausgangslage und Herausforderungen 35

Ziele 36

Akteur:innen 36

Wege 37

Weiterführende Literatur 38

6. Gesundheitsförderung – Gesundheitliche Chancengleichheit durch eine förderliche Gesamtpolitik verbessern (EPHO 4) 39

Ausgangslage und Herausforderungen 39

Ziele 40

Akteur:innen 40

Wege 41

Weiterführende Literatur 42

7. Prävention

Krankheiten verhindern oder früh erkennen (EPHO 5) 43

Ausgangslage und Herausforderungen 43

Ziele 44

Akteur:innen 44

Wege 44

Weiterführende Literatur 45

8. Ausbildung und Personal

Kompetentes Fachpersonal für Öffentliche Gesundheit (EPHO 7) 46

Ausgangslage und Herausforderungen 46

Ziele 47

Akteur:innen 47

Wege 48

Weiterführende Literatur 50

9. Kommunikation und Information

Verbesserung durch Partizipation und Leitlinien (EPHO 9) 51

Ausgangslage und Herausforderungen 51

Ziele 52

Akteur:innen 54

Wege 54

Weiterführende Literatur 55

10. Public-Health-Forschung

Ausbau und Anwendung von wissenschaftlichen Erkenntnissen (EPHO 10) 56

Ausgangslage und Herausforderungen 56

Ziele 57

Akteur:innen 59

Wege 59

Weiterführende Literatur 60

11. Fazit 61

Abkürzungen 62

Impressum 65

Präambel

Public Health is defined as “the art and science of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of society” (Acheson, 1988; WHO/Weltgesundheitsorganisation)

Public Health ist „die Kunst und die Wissenschaft der Verhinderung von Krankheit, Verlängerung des Lebens und Förderung der Gesundheit durch organisierte Anstrengungen der Gesellschaft“

(Acheson, 1988; WHO/Weltgesundheitsorganisation)

Es ist eine große Herausforderung, die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten, kontinuierlich zu verbessern und vor neuen Gefahren zu schützen. Dennoch ist die Bedeutung von Public Health für die Gesundheit der Menschen in Deutschland im öffentlichen Bewusstsein wenig verankert und institutionell nur unzureichend widergespiegelt. Dies gilt für Forschung und Lehre, den Öffentlichen Gesundheitsdienst, aber auch für die vielen Querschnittsbereiche, in denen vor Ort für die Gesundheit der Bevölkerung gearbeitet wird - oft gemeinsam mit den Menschen, um die es geht.

In der Vergangenheit gab es verschiedene Initiativen, um die historisch bedingten strukturellen Defizite in Deutschland aufzuarbeiten und die Rolle von Public Health zu stärken. Angesichts globalisierter gesellschaftlicher Herausforderungen ist es aber unverzichtbar, auch die Gesundheitspolitik und andere Politikbereiche von dem großen Potential von Public Health für die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zu überzeugen. „Health in All Policies“ als Vision lässt sich nur durch ein Miteinander aller Akteursgruppen auf dem Gebiet von Public Health erreichen. Ziel des Zukunftsforums Public Health ist es, diese verschiedenen Akteur:innen miteinander ins Gespräch zu bringen, um gemeinsam einen Weg zur Stärkung von Public Health in Deutschland zu finden.

Public Health ist nicht ohne die Unterstützung der Politik, nicht ohne den Einsatz für Gesundheit in allen Politikbereichen und nicht ohne die Weitung des Blicks auf die globale Gesundheit möglich.

Einleitung

Die Möglichkeit den bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erreichen bildet nach der Satzung der WHO von 1946 eines der Grundrechte jedes Menschen, aber das Zustandekommen bestmöglicher Gesundheit liegt nicht allein in individueller Verantwortung. Eine Pandemie kann nicht durch einen Menschen allein kontrolliert werden, gleiches gilt für den Erhalt einer intakten Umwelt, die Durchsetzung gesunder Arbeitsbedingungen, den freien Zugang zu medizinischer Versorgung oder die Bereitstellung von sauberem Trinkwasser – eine Liste, die sich beliebig verlängern ließe. Die in der WHO-Definition von Public Health angesprochene „organisierte Anstrengung" wird in modernen Gemeinwesen durch ein professionelles Public-Health-System koordiniert. Es sorgt dafür, dass gesundheitliche Risiken und Stärken überhaupt als solche erkannt werden, sucht auf wissenschaftlicher Basis nach entsprechenden Lösungen, sichert die Weitergabe von Erkenntnissen an Öffentlichkeit und politische Entscheidungsträger:innen und wird unmittelbar aktiv, etwa indem Menschen geimpft, Vorsorgeuntersuchungen angeboten oder Aufklärung betrieben werden.

Wie gut dies alles gelingt, hängt auch von der inneren Organisation des Public-Health-Systems sowie seiner Vernetzung mit anderen gesellschaftlichen Bereichen ab. Die Initiative für eine Public-Health-Strategie geht der Frage nach, wie das Public-Health-System in Deutschland entwickelt werden muss, um seine Aufgaben bestmöglich zu erfüllen. Es geht uns um eine evolutionäre Fortentwicklung. Vieles, was für ein leistungsfähiges Public-Health-System benötigt wird, existiert bereits. Beispiele sind die sozialen Sicherungssysteme, die verschiedenen Zweige des Gesundheitsschutzes, Forschungsinfrastrukturen oder die vielen Initiativen der Gesundheitsförderung im ganzen Land. Aber spätestens die SARS-CoV-2 Pandemie hat gezeigt, dass die einzelnen Komponenten nicht optimal miteinander verzahnt sind (z.B. Forschung und öffentliches Gesundheitswesen) und dass wichtige Funktionen nur unzureichend erfüllt werden können, weil es eklatant an finanziellen und personellen Mitteln für Public-Health-Forschung, wissensbasierte Praxis in den Kommunen und Vernetzung aller Aktivitäten fehlt. Und auch wenn es Schritte in die richtige Richtung gibt, wie beispielsweise den Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, ist eine strategische Stärkung von Public Health in Deutschland über den ÖDG hinaus eine offene und dringliche Aufgabe.

Das vorliegende Dokument macht strategische Vorschläge, die insbesondere auf die bessere Organisation des Public-Health-Systems zielen. Es ist uns aber bewusst, dass ein organisiertes Public-Health-System nur Mittel zum Zweck ist. Insofern schlagen wir zwar eine innere Reform vor, stellen aber die grundsätzlichen Vorgehensweisen und bewährten Strukturen, nach denen Public Health funktioniert, nicht in Frage. Im Gegenteil, wir wollen nicht aufgeben, was bewährt und erfolgreich ist, sondern Umsetzungsbedingungen verbessern, um den grundlegenden Prinzipien von Public Health gerecht werden zu können.

Das wichtigste Prinzip von Public Health, das schon in den Anfängen der Bewegung im 19. Jahrhundert erfolgreich war, ist, dass die Gesundheit aller Menschen verbessert wird, indem Lebens- und Arbeitsbedingungen so gestaltet werden, dass sie Gesundheit fördern und vor Krankheit schützen. Es geht um die sogenannten „Determinanten der Gesundheit", also derjenigen Faktoren, die die Gesundheit vieler Menschen prägen. Im Vordergrund standen und stehen Maßnahmen in Bereichen wie Wohnen, Umweltbedingungen, Trinkwasser und sanitäre Einrichtungen, Arbeitssicherheit, Verkehrssicherheit, Lebensmittelkontrolle, Bildung, Familienplanung, besonderen Schutz der frühen Kindheit und eine verbesserte medizinische Versorgung der Bevölkerung, u.a. auch durch Impfen. Hier hat Public Health in Vergangenheit und Gegenwart bereits entscheidend zur Verbesserung der Gesundheit und zum Gewinn an Lebenserwartung beigetragen. Weitere Erfolge sind hier aber nur zu erreichen, wenn Public-Health-Akteur:innen Hand in Hand mit gesellschaftlichen und politischen Akteur:innen in den jeweiligen Lebensbereichen arbeiten, um themen- und ressortübergreifend gesunde Lebensverhältnisse zu erreichen.

Diesem „Health in All Policies“ (HiAP, dt. Gesundheit in allen Politikbereichen) genannten Ansatz sehen wir uns verpflichtet. Viele der im Folgenden vorgeschlagenen Veränderungen zielen entsprechend darauf, die organisatorischen Rahmenbedingungen für ein Gelingen von HiAP zu verbessern. Im folgenden Dokument wird dabei von „sozialen Determinanten“ gesprochen, was auch ökonomische, ökologische, kulturelle Determinanten umfasst.

Durch bessere Rahmenbedingungen und Berücksichtigung der sozialen Determinanten wird die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit angestrebt und erreicht. Von dieser sind wir weit entfernt. Beispielsweise zählen Armut und soziale Benachteiligung auch im zweiten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts zu den größten Gesundheitsrisiken überhaupt. So ist die Lebenserwartung ärmerer Menschen in Deutschland viele Jahre kürzer als die von reicheren Menschen. Dieses Muster ist nicht nur innerhalb von Gesellschaften zu erkennen, sondern auch im Vergleich zwischen Ländern unterschiedlicher Einkommens- und Entwicklungsstufen. Diese Ungleichheiten sind das Resultat politischer und ökonomischer Entscheidungen und damit grundsätzlich vermeidbar. Da sie vermeidbar sind, sind sie zugleich auch inakzeptabel. Public Health bemüht sich – ebenfalls von Beginn an – um den Abbau gesundheitlicher Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen und Gesellschaften. Dem sind auch wir verpflichtet. Wir sind überzeugt, dass ein starkes Public-Health-System dazu beitragen kann und muss, gesundheitliche Chancengleichheit herzustellen.

Seit Jahren wird zudem immer deutlicher, dass der anthropogen verursachte Klimawandel sowie weitere globale Umweltveränderungen zu den größten gesundheitlichen Herausforderungen unserer Zeit gehören. Der Klimawandel verändert beispielsweise die landwirtschaftlichen Grundlagen in vielen Ländern mit entsprechenden Folgen für Nahrungsmittelsicherheit und Mangelernährung sowie Frischwasserknappheit. Akut haben Extremwetterereignisse, wie Hitzewellen, Stürme und Überschwemmungen direkte Auswirkungen auf Gesundheit und Lebensbedingungen. All das trägt auch zu weltweiten Migrationsbewegungen bei. Fragmentierung natürlicher Habitate und rapider Biodiversitätsverlust führen zu erheblichen Veränderungen der Endemiegebiete bereits bekannter Vektoren (z.B. Mücken, Zecken), die das Risiko der Entstehung neuer zoonotischer Erkrankungen und damit auch Pandemien weiter erhöhen. Diese und weitere Folgen anthropogener Umweltveränderungen treffen insbesondere die benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Um gesunde Lebens- und Arbeitsbedingungen für Menschen sowohl heute als auch in der Zukunft zu ermöglichen, ist Handeln im Sinne des HiAP-Ansatzes dringend geboten. Public Health kann und muss für Adaptation und Mitigation eine entscheidende Rolle spielen. Bei alldem ist stets mitgedacht, dass es auf der Grundlage guter Kommunikation um die gemeinsame Gestaltung einer gesunden Zukunft geht. „Partizipation“ ist ein Grundprinzip in allen Public-Health-Handlungsfeldern.

Bei der Analyse und Entwicklung dieses Dokumentes stand, basierend auf den oben ausgeführten Prinzipien, folgender Leitgedanke im Mittelpunkt: Die Stärkung von Public Health ist der entscheidende Ansatz zur Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen und mehr gesundheitlicher Chancengleichheit für die ganze Bevölkerung. Dabei sollten insbesondere die sozialen Determinanten von Gesundheit und die daraus resultierende gesundheitliche Ungleichheit sowie die Bekämpfung der gemeinsamen Ursachen von Gesundheitsproblemen und anthropogenen Umweltveränderungen berücksichtigt werden. Die Orientierung an internationalen Rahmenwerken, z.B. an den Nachhaltigkeitsziele der Vereinten Nationen (SDGs), bietet dabei Lösungswege und-möglichkeiten, welche auf international gesammelter Erfahrung aufbauen.

Inhaltlich orientiert sich das Dokument an den zehn Kernbereichen für Public Health, die vom europäischen Regionalbüro der WHO erarbeitet wurden. Dieses Schema der Essential Public Health Operations (EPHOs) benennt die für ein nationales Public-Health-System relevanten Funktionen und stellt Methoden zur Verfügung, um den Ist-Zustand zu erfassen, Bereiche mit Verbesserungspotential zu identifizieren und Strategien zur Weiterentwicklung zu formulieren.

Das vorliegende ausführliche Dokument richtet sich an die Public-Health-Community in ihrer ganzen Vielfalt und Breite. Ein weiteres Dokument wird parallel veröffentlicht, das die zentralen Herausforderungen und Potenziale von Public Health in Deutschland benennt sowie konkrete Schritte zur Implementierung einer Public-Health-Strategie vorschlägt und sich als Policy Paper insbesondere an gesellschaftlich und politisch Verantwortliche richtet.

Hintergrundinformation zum Erstellungsprozess

Das vorliegende Dokument wurde zwischen 2017 und 2021 auf Initiative des Zukunftsforums Public Health (ZfPH) erstellt. Das Zukunftsforum ist ein Zusammenschluss von Akteur:innen aus Wissenschaft und Praxis aus Deutschland, die sich für die Stärkung von Öffentlicher Gesundheit einsetzen.

Ausführlich ist die Vorgehensweise sowie die Dokumentation der Veranstaltungen auf der Webseite des ZfPH zu finden (https://zukunftsforum-public-health.de). Nachdem bei dem ersten Symposium des Zukunftsforums im Jahr 2016 die Vision der Erstellung einer Public-Health-Strategie formuliert und befürwortet wurde, erarbeitete die Steuerungsgruppe gemeinsam mit der Public-Health-Gemeinschaft im Laufe der folgenden Symposien die Grundstruktur und Inhalte für das vorliegende Dokument. Besondere Meilensteine und partizipative Vorgehensweisen waren dabei u.a.

- Symposium, Januar 2020 mit rund 300 Teilnehmenden aus Public-Health-Wissenschaft und-Praxis. Einzelne Kapitel wurden hier in Workshops diskutiert und die Ergebnisse eingearbeitet.
- Online-Konsultationsprozess, März - Mai 2020. Im Online-Verfahren wurde die weiter ausgearbeitete Version zur Kommentierung sowohl den Teilnehmenden der bisherigen Workshops sowie weiteren Institutionen und Personen aus Public Health vorgelegt.
- Video-Konferenz, November 2020 mit mehr als 100 Teilnehmenden.

Dieser Prozess ist in diesem Ausmaß für Public Health in Deutschland einzigartig und damit die besondere Stärke des Dokumentes. Eine weitere Stärke dieses Vorgehens ist, dass trotz geringer Finanzierung und ohne institutionelle festgelegte Struktur des ZfPH eine Vielzahl an Stimmen und Meinungen in einem transparenten Prozess eingebunden werden konnten. Die finale Ausarbeitung des Dokumentes konnte durch die Herausforderung der Corona-Pandemie nicht mit der ursprünglich angestrebten Partizipation vorangebracht werden, da die Kapazitäten von sehr vielen Public-Health-Akteur:innen gebunden waren (und derzeit immer noch sind). Dass wir vor diesem Hintergrund dennoch ein umfassendes Dokument vorlegen können, zeigt den großen Willen und die Bereitschaft von einer Vielzahl von Public-Health-Akteur:innen in Deutschland eine Public-Health-Strategie auf den Weg zu bringen.

Das vorliegende Dokument verstehen wir als Arbeitsdokument, das einer regelmäßigen Überprüfung und Anpassung bedarf. Vor dem Hintergrund der anstehenden großen Veränderungen der öffentlichen Gesundheit in Deutschland in den kommenden Jahren wird deutlich, warum diese Anpassungen notwendig sein werden.

Die Kapitel des Dokumentes orientieren sich an den Essential Public Health Operations (EPHOs) der WHO, jedoch wurden einige inhaltliche Änderungen vorgenommen. Die Reihenfolge wurde so angepasst, dass die Kapitel, die sich vor allem mit Strukturen befassen (EPHO 6-10) und in denen entsprechende politische Forderungen stehen, zuerst genannt werden, sodass die folgenden Kapitel sich mit ihren Forderungen darauf beziehen können.

Jedes Kapitel beginnt mit einer kurzen Beschreibung der Ausgangslage und Herausforderungen, gefolgt von der Formulierung von übergeordneten Zielen, der Nennung der Akteur:innen, die für die Erreichung der Ziele eingebunden werden müssen sowie der Aufzeigung von möglichen Wegen.

Kurzzusammenfassung der Kapitel

Governance: Leitung, Führung und Verantwortung für Gesundheitsfragen sicherstellen

Um mehr Gesundheit für alle zu erreichen und gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern, bedarf es einer bundesweiten Public-Health Strategie, die auf dem Health-in-All-Policies-Ansatz (HiAP) basiert und besonders die sozialen Determinanten der Gesundheit adressiert. Der Health-in-All-Policies-Ansatz verfolgt das Ziel, Gesundheit als Querschnittsthema in allen Politikfeldern zu verankern. Hierfür ist ein politikebenen- und ressortübergreifendes Planen und Handeln (z. B. durch eine Bund-Länder-Kommission) und die Einbeziehung aller relevanten gesellschaftlichen Akteure aus Wirtschaft, Wissenschaft und Zivilgesellschaft notwendig.

Nachhaltige Organisationsstrukturen und Finanzierung gewährleisten

Für die Umsetzung wirksamer und nachhaltiger Public-Health-Aktivitäten müssen in den Institutionen mit Zuständigkeit für Public Health (im engeren Sinn z. B. Gesundheitsämter, Landes- und Bundesbehörden, Landesvereinigungen für Gesundheit; im weiteren Sinn z. B. Bildungssystem, Stadtplanung) Kompetenzen und Kapazitäten entwickelt werden. Neben einer ausreichenden und nachhaltigen Finanzierung erfordert dies den Auf- und Ausbau von Aus-, Fort- und Weiterbildungsstrukturen, die Schaffung und Institutionalisierung koordinierender Strukturen insbesondere auf lokaler und überregionaler Ebene sowie die Schaffung einer leistungsfähigen Infrastruktur für Forschung und Entwicklung durch den Aufbau von Schools of Public Health nach angloamerikanischem Vorbild.

Surveillance: Solide Datengrundlagen schaffen und nutzen

Für die Identifizierung von Problemlagen und die Planung, Implementierung und Evaluation von Public-Health-Maßnahmen ist eine kontinuierliche und systematische Erhebung, Analyse, Interpretation und Berichterstattung von gesundheitsbezogenen Daten notwendig. Hierfür bedarf es eines Konzepts für eine nationale Public-Health-Surveillance, die auch die Länder- und kommunale Ebene umfasst und Daten aus anderen Politikbereichen (z. B. Sozialindikatoren, Umweltdaten) integriert. Beim Ausbau und der Weiterentwicklung von Surveillance sollten insbesondere die gesellschaftliche Vielfalt und Menschen in besonderen Lebenslagen berücksichtigt werden sowie lokale regionale Analysen ermöglicht werden. Dabei ist – unter Wahrung des Datenschutzes – eine Interoperabilität unterschiedlicher Datenquellen anzustreben.

Gesundheitskrisen durch Planung und verbesserte Strukturen effektiver erkennen und bewältigen

Damit Gesundheitsgefahren vermieden oder zumindest frühzeitig erkannt werden können, bedarf es einer übergeordneten, generischen, nationalen Krisenplanung und eines gut vorbereiteten, klar strukturierten Krisenmanagementsystems. Für die Bewältigung von Gesundheitskrisen müssen Strukturen, Organisationen und Zuständigkeiten auf kommunaler, Länder- und nationaler Ebene eindeutig bestimmt, die behördliche Risiko- und Krisenkommunikation abgestimmt sowie der Lage angepasst und zielgruppenspezifisch ausgerichtet sein. Die Maßnahmen müssen abgestimmt, möglichst evidenzbasiert sowie lage-abhängig erfolgen. Hierfür ist eine erheblich bessere Ressourcenausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) erforderlich.

Multisektoralen Gesundheitsschutz besser verzahnen

Zur Erreichung eines effektiven Gesundheitsschutzes ist es notwendig, die einzelnen Handlungsfelder des Gesundheitsschutzes (z. B. Infektionsschutz, Arbeitsschutz, Arzneimittelsicherheit, Lebensmittelsicherheit, Verkehrssicherheit) besser miteinander zu verzahnen und das gemeinsame Anliegen sichtbar zu machen. Hierfür bedarf es einer Analyse der Organisation des Gesundheitsschutzes auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene und ihrer Netzwerke. Damit sollen potentielle Synergien in der Umsetzung von Aufgaben ermittelt und gemeinsame Verfahren, Prozesse, Definitionen u.a. entwickelt werden.

Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit durch eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik verbessern

Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit können nur durch die Schaffung und den Erhalt gesunder Lebensbedingungen und Lebenswelten verbessert werden. Hierfür ist eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik Voraussetzung. Gesundheitsförderung kann so zum Beispiel durch Klima- und Umweltschutzmaßnahmen wie dem Ausbau des ÖPNV auf Basis erneuerbarer Energien (Reduktion von Luftverschmutzung bei Abschwächung der Erderwärmung) oder der Förderung nachhaltiger Ernährungsmuster (Reduktion des landwirtschaftlichen Flächenverbrauchs bei gleichzeitigem Senken des Risikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und des Körpergewichts) erfolgen. Zudem ist es erforderlich, die Gesundheitskompetenz zu verbessern und die Menschen zu befähigen, ihre Lebenswelt und ihr Leben gemäß ihren Fähigkeiten selbst zu gestalten.

Prävention umfassender verankern

Um das Auftreten und Fortschreiten von Krankheiten soweit wie möglich zu vermeiden, muss Prävention umfassender im Gesundheitswesen verankert werden. Hierfür ist es notwendig, den Zugang zu Früherkennungsuntersuchungen und präventiven Angeboten zu verbessern, präventive Maßnahmen systematisch zu evaluieren, die Gesundheitskompetenz in der Routineversorgung zu fördern und hohe Impfquoten zu sichern. Dort wo verhältnispräventive Maßnahmen effizienter und/oder effektiver als Verhaltensprävention sind, sollten diese bevorzugt eingesetzt werden.

Voraussetzungen für kompetentes Fachpersonal schaffen

Um mehr und bessere Public-Health-Spezialist:innen auszubilden, sollte für die Aus-, Fort- und Weiterbildung die Vernetzung zwischen Universitäten, Hochschulen, der Schools of Public Health bzw. Studiengängen in Public Health/Gesundheitswissenschaften sowie der Akademien für Öffentliche Gesundheit verbessert werden. Der Austausch und die gegenseitige Anerkennung der Ausbildungsinhalte sind zu fördern. Konkret für den ÖGD gilt es, dem Personalmangel mit der Rekrutierung weiterer Berufsgruppen sowie der Schaffung attraktiver Karriere- und Forschungswege zu begegnen.

Kommunikation und Information durch Leitlinien und Partizipation verbessern

Kommunikationskonzepte sollten einen gerechten, zielgruppenspezifischen und niederschwelligen Zugang zu qualitätsgesicherten Gesundheitsinformationen bieten, um gesellschaftliche und politische Akzeptanz sowie Unterstützung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen zu erreichen. Zu diesem Zweck müssen Leitlinien für eine wirksame Bevölkerungsansprache entwickelt werden. Die Bevölkerung sollte dabei immer in die Gestaltung von Kommunikationsmaßnahmen einbezogen werden.

Public-Health-Forschung ausbauen

Damit Public-Health-Forschung noch mehr zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit und zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit beitragen kann, ist eine Strukturförderung und Institutionalisierung notwendig, die der Interdisziplinarität von Public Health Rechnung trägt. Es bedarf es hierfür einer kritischen Bestandsaufnahme von Stärken und Schwächen der aktuellen Public-Health-Forschungslandschaft in Deutschland gefolgt von einer systematischen Prioritätensetzung, die den immer bedeutsameren Wissenschafts-Praxis Transfer berücksichtigt. Ziel sollte es sein, Deutschland zu einem der international führenden Standorte für Public-Health-Forschung auszubauen.

1. Governance

Führung und Verantwortung für Gesundheitsfragen sicherstellen (EPHO 6)

Ausgangslage und Herausforderungen

Eine starke Governance für Public Health bedeutet ressortübergreifendes Planen und Handeln mit dem Ziel, mehr Gesundheit für alle zu erreichen. Im Mittelpunkt stehen dabei die sozialen Determinanten für gesundheitliche Chancengleichheit als Querschnittsthema. Dies bedeutet eine deutliche Abkehr von bisherigen Politiken, durch die soziale Ungleichheiten zunehmen. Doch diese Abkehr ist durchaus mit Verteilungskonflikten verbunden.

Mit Governance werden alle „Formen und Mechanismen der Koordinierung" (Benz et al. 2007:9) bezeichnet. Das Konzept drückt aus, dass allgemeinverbindliche Entscheidungen auf vielfältige Weise zustande kommen können und nicht allein durch staatliche Akteure getroffen werden, sondern auch private und gesellschaftliche Akteure in die Politikgestaltung einbezogen werden. Public-Health-Governance umfasst demnach alles koordinierte kollektive Handeln, das auf die Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Bevölkerung ausgerichtet ist.

Public-Health-Governance gestaltet sich in Deutschland aufgrund des Föderalismus, der vielfältigen Public-Health-Akteurslandschaft und der Dominanz des Gesundheitsversorgungssystems mit seiner korporatistischen Steuerung äußerst komplex. Ein eindrückliches Beispiel für Public-Health-Governance ist der Umgang mit der Corona-Pandemie, aus dem mit Blick auf die intendierten (Inzidenzsenkung von Infektionen, ausreichende Behandlungsmöglichkeiten schwer Erkrankter) und die nicht intendierten Auswirkungen (Wirtschaftliche Schwächung Selbständiger, Bildungsverluste für Kinder und Jugendliche) für zukünftige Public-Health-Governance-Strategien gelernt werden kann.

Die Zuständigkeiten für Gesundheit sind im föderalen System über verschiedene Ebenen verteilt. Der Gesundheitsbereich unterliegt in weiten Teilen der sog. konkurrierenden Gesetzgebung nach Art. 74 Grundgesetz mit dem Schwerpunkt der Zuständigkeiten für Public Health bei den Ländern. Dadurch ergeben sich in Deutschland 16 unterschiedliche Verortungen von Public Health, z.T. sogar noch mit weiteren differenzierten Zuständigkeiten innerhalb der Länder. Durch die Übertragung von Aufgaben durch die Länder und der im Grundgesetz verankerten Selbstverwaltungsgarantie, kommt auch den Kommunen eine bedeutende Rolle in der Steuerung von Public Health zu. Insbesondere auf kommunaler Ebene, aber auch auf Landes- und Bundesebene, sind eine Vielzahl privater Institutionen (z.B. Wohlfahrtsverbände, Landesvereinigungen für Gesundheit) in die Politikformulierung und umsetzung eingebunden. Aber auch zivilgesellschaftliche Bewegungen, wie beispielsweise die Klimabewegung, können politische Entscheidungsprozesse entscheidend beeinflussen. Damit bestehen in Deutschland einerseits bereits gute Voraussetzungen für einen gesamtgesellschaftlichen Ansatz. Auch die Voraussetzungen für eine bedarfsorientierte Umsetzung sind durch die dezentralen Zuständigkeiten gegeben. Andererseits erschweren die verteilten Zuständigkeiten ein koordiniertes Vorgehen. Es ergibt sich hieraus die Notwendigkeit und zugleich Schwierigkeit einer umfassenden Politikkoordination sowohl über die verschiedenen Politikebenen als auch über die vielfältigen Akteure hinweg.

Die großen Herausforderungen der Chancengleichheit und der Etablierung von Gesundheitsförderung als Public-Health-Querschnittsanforderung (New Public Health) werden im Health-in-All-Policies-Ansatz (HiAP) widergespiegelt. Dem Ansatz von HiAP folgend, muss komplexen gesundheitspolitischen Herausforderungen

durch ein gesamtstaatliches (Whole-of-Government-Approach) und gesamtgesellschaftliches (Whole-of-Society-Approach) Vorgehen begegnet werden, in das neben Staat und öffentlicher Hand auch Zivilgesellschaft, Privatwirtschaft, Medien und weitere Akteure einbezogen werden. Dieser Mehrebenenansatz von HiAP führt auch dazu, dass die Politikkoordination komplex ist. Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, dass es explizite ökonomische Interessen gibt, die soziale Ungleichheit forcieren sowie auch solche, die ungesunde Verhaltensweisen fördern. Insgesamt bietet HiAP aber eine wichtige Strategie zur Bündelung unterschiedlicher Politikfelder, die sich ansonsten im Geflecht ihrer jeweiligen Zuständigkeitsbereiche potenziell steuerungs- und vor allem abstimmungsunfähig entwickeln können. Die Erfahrungen des sogenannten „Corona-Kabinetts" beim Bundeskanzleramt zeigen die Potenziale, aber auch die Limitationen von HiAP auf. Entsprechend muss sich Governance auf eine breite wissenschaftliche und praktisch-fachliche Expertise sowie gesellschaftliche Diskurse stützen, wie es in diesem Strategiepapier vorgeschlagen wird.

Weitere Herausforderungen sind die Überprüfung der Wirksamkeit der Führungsstrukturen, Umsetzungsstrategien sowie Erbringungsverfahren. Auch die Angemessenheit der Ressourcenzuweisung und wie solche Ergebnisse in die konzeptionelle Entwicklung und die Verwaltung, die Organisation und die Mittelzuweisung einfließen, sind komplexe Anforderungen. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf das Ziel, die Leistungserbringung zu verbessern und eine entsprechend hinreichende Finanzierung zu sichern bzw. durch angemessene Anreize die Motivation zu erhöhen.

Besondere Herausforderungen für die Governance ergeben sich durch den gesellschaftlichen Wandel mit vielfach zunehmender Komplexität und „multiplen Vielfachsteuerungen" (Alber 1992) sowie einer „zersplitterte Heterogenität der Akteur:innen" (Altgeld 2017). Für diese universelle Herausforderung der Politikgestaltung stellt sich Gesundheit als wichtige Perspektive dar, die vielfältige Bündnis- und Anschlussfähigkeiten bietet, z.B. in den grundlegenden Fragen einer zunehmenden Orientierung auf Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Stärkung der Öffentlichen Gesundheit.

Ziele

Die erfolgreiche politische Umsetzung von Health in All Policies basiert zum einen auf direkter Steuerung, u.a. Leitungsverantwortung, Management, Planung, und zum anderen auf indirekter systemischer Steuerung. Hierbei umfasst Governance u.a. Stewardship (s.a. EPHO 8), Implementierung/Umsetzung, Monitoring und Evaluation. In direkter Verantwortung liegen zudem Anreize zu zivilgesellschaftlicher Mobilisierung (Whole-of-Society-Approach) einschließlich einer entsprechenden Öffentlichkeitsarbeit für mehr Gesundheit für alle.

Wesentliche Ziele für Public-Health-Governance sind:

- Leitbildentwicklung zu einer bundesweiten Public-Health-Strategie, orientiert an dem Konzept Health in All Policies.
  - HiAP als ressortübergreifendes politisches Programm und Leitprinzip einer bundesweiten Public-Health-Strategie unter Berücksichtigung der europäischen und globalen Vernetzungen, den zukünftigen Herausforderungen und politisch bzw. gesellschaftlich präferierter Entwicklungsoptionen.
  - Ressort-übergreifendes Planen und Handeln (Whole-of-Government-Ansatz von HiAP) in entsprechenden Gremien, z.B. der Staatssekretärsausschuss für nachhaltige Entwicklung oder das sogenannte Corona-Kabinett.
  - Direkte Steuerung durch gesetzliche Normen sowie Allokationen, ergänzt um ggf. auch indirekte, weiche Steuerung z.B. über Ziele, Strategiepapiere, Incentives.

- Einbindung der Zivilgesellschaft, Partizipation von Bürger:innen sowie Citizen Science (Whole-of-Society-Ansatz von HiAP).
- Konsequente Berücksichtigung prioritärer Public-Health-Querschnittsthemen bei Maßnahmen und Programmplanungen in Kommunen, Unternehmen und Organisationen und auf anderen Ebenen:
- Bedingungen schaffen, in denen Menschen gesund leben und arbeiten können und die gesunde Wahl zur leichten Wahl machen.
- Mehr Gesundheit für alle.
- Gesundheitliche und umweltbezogene Chancengleichheit.

- Einbezug eines erweiterten Global-Health-Ansatzes (Holst/Razum 2018).
- Bundesweit koordiniertes Transfer-Netzwerk von Praxis, Politik und unabhängiger Public-Health-Wissenschaft mit erfolgreicher begleitender Struktur-/Institutionenbildung, z.B. Schools of Public Health, Partnerschaften inklusive nachhaltiger Ressourcenzuordnung (s.a. EPHO 7, EPHO 8, EPHO 10, Europäischer Aktionsplan).

Akteur:innen

Bei den Akteur:innen ist zu beachten, dass die Kommunen, hier insb. der ÖGD, diese Aufgabe dort effektiv umsetzen können, wo sie Steuerungs- und Koordinierungsfunktionen wahrnehmen können. Dies ist jedoch auf Grund ihrer geringen Personalstärke häufig noch nicht der Fall – muss allerdings zukünftig verstärkt in diesem Sinne profiliert werden.

Die Koordination des ÖGDs erfolgt über die Landesgesundheitsbehörden sowie auf Bundesebene über die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) und Gesundheitsminister¬konferenz (GMK), deren Beschlüsse jedoch nicht rechtsverbindlich sind.

Auf Bundesebene liegt die Zuständigkeit zunächst beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit seinen nachgeordneten Bundesoberbehörden wie dem Robert Koch-Institut (RKI), dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI), dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Zudem liegt sie bei der Rechtsaufsicht über die Sozialversicherungen sowie über deren Gremien und Institutionen (u.a. die Selbstverwaltung mittels Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) mit seinen Trägerorganisationen Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG), Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)). Weitere ministerielle Zuständigkeiten liegen z.B. beim für den Arbeitsschutz zuständigen Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) oder dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) mit Zuständigkeiten im Rahmen der Ernährung sowie dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) für die besondere Berücksichtigung der Belange von Kindern, Jugendlichen, Frauen, Familien und Senior:innen. HiAP folgend sind auch weitere Ministerien mit ihren Zuständigkeiten für Umwelt, Innenpolitik, Wirtschaft, Verkehr, Landwirtschaft, Verbraucherschutz, Bildung und Forschung etc. von herausragender Bedeutung für die Entwicklung einer bundesweiten Public-Health-Strategie. Dieser Ansatz sollte zukünftig in der Politik stärker verankert werden, um nicht durch kurzfristige und oft lobbyistische Interessen und von „Tagesgeschäften“ überlagert zu werden (Geene et al. 2020) und damit Politikgestaltung unter dem Vorsichtsprinzip ausgeübt wird. Dafür bedarf es zwingend einer starken und unabhängigen Wissenschaft (s.a. EPHO 10), etwa über Schools of Public Health (s.a. EPHO 7), in regelmäßiger Vernetzung und Austausch mit Praxis und Politik.

Die Konzepte von HiAP werden bereits in hohem Maße von nichtstaatlichen Akteur:innen adressiert, wie Selbsthilfe-, Patienten- und Verbraucherverbänden, Nachbarschaftsgruppen, Bürgerinitiativen, religiöse Verbände und Kirchen, Wohlfahrtsverbände, wohltätige Organisationen und Vereine, ehrenamtlich Tätige, Freiwilligenorganisationen, Medien und Influencer:innen, Umweltverbände, Privatindustrie, Gewerkschaften, Berufsverbänden und Wissenschaftler:innen, Parteien und partei-unabhängige politische Initiativen. Bespielhaft seinen für letztere hier Fridays for Future und weitere Nachhaltigkeitsinitiativen genannt, die wirkungsmächtig und mit hoher Durchsetzungskraft Public-Health-Ziele auch gegen mächtige Interessen durchsetzen können.

Wege

Um eine Public-Health-Strategie in Deutschland in einem systemischen Governance-Rahmenkonzept zu entwickeln und zu implementieren, bedarf es zahlreicher Prozesse und gemeinsame Gestaltung durch unterschiedliche Akteur:innen. Wege sind hier u.a.

- Kapazitäten und Kompetenzen von bestehenden Organen auf Bundes-, Landes- und regionaler Ebene zu verstärken, damit diese verstärkt ressortübergreifend beratend, koordinierend und unterstützend wirken können,
- Verstärkte Einbindung und Zusammenarbeit aller Akteur:innen einschließlich der verschiedenen zivilgesellschaftlichen Verbände (Whole-of-Society-Ansatz),
- systematische und verbindliche Zusammenarbeit zu HiAP auf allen Ebenen der Regierung (Bund, Länder, Kommunen) über Ressort- und Sektorengrenzen hinweg (Whole-of-Goverment-Ansatz),
- Einsatz verschiedener HiAP-Instrumente auf Ebene von Bund, Ländern und Kommunen (Geene et al. 2020).

Eine besondere Bedeutung kommt dabei dem Bereich der Gesundheitsberichterstattung auf Kommunal-, Landes- und Bundesebene zu (vgl. EPHO 1 und 2).

Wichtige Elemente im Sinne eines Aktionszyklus sind u.a.

- Entwicklung einer bundesweiten Public-Health-Strategie,
- Übertragung dieser Strategie auf die verschiedenen Handlungsebenen und Akteursfelder,
- handlungsorientierte bzw. begleitende (Erfolgs-)Berichterstattung/Monitoring,
- Evaluation, Feedback und ggf. Neukonzeptionen.

Instrumente dafür wären Gesundheitsziele, Gesundheitsfolgenabschätzung, HiAP, Future Studies, Evaluationen des Status quo der EPHOs, Health Diplomacy, Runde Tische, Kommissionen, Ad-hoc-Arbeitsgruppen.

Als konkrete Maßnahmen werden vorgeschlagen:

- Politische Beschlüsse von Parteien, (Bundes-, Landes- und kommunalen) Regierungen sowie Verbänden, Körperschaften und Sozialversicherungsträgern am Konzept von Health in All Policies auszurichten.
- Workshops zur Erstellung einer Denkschrift zu Werten und Grundzügen einer Public-Health-Strategie unter Beteiligung der Zivilgesellschaft mit nachfolgenden Arbeitsinstrumenten wie Leitfäden, Grundsatzkatalog, Glossar.
- Analysen und Bündelung der spezifischen Public-Health-Strukturen und -Konzepte in den 16 Bundesländern.

- Förderprogramme zu Wissenschaft-Praxis-Politik-Transfernetzwerken, gemeinsame Arbeitsgruppen der Fachgesellschaften, übergreifender Public-Health-Transfer-Kongress, z.B. in Weiterentwicklung des jährlichen Zukunftsforums Public Health.
- Abstimmung eines politischen und zivilgesellschaftlichen Gestaltungsprozesses, vor allem auf der Bundesebene und Konsentierung der Grundzüge einer bundesweiten Public-Health-Strategie unter Berücksichtigung weiterer EPHOs.
- Organisation, Planung und Berücksichtigung von ethischen Diskussionen zu Gesundheits- und Public-Health-Zielen, insbesondere wenn Zielgruppen adressiert sind, die sich am öffentlichen Diskurs aufgrund des Alters oder geistiger und seelischer Einschränkungen nicht beteiligen können.

Weiterführende Literatur

Alber, J. (1992): Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise. Frankfurt am Main: Campus Verlag; S. 14.

Altgeld, T. (2017): Zersplitterte Heterogenität als Leitmotiv der Public-Health-Praxis in Deutschland? Gesundheitswesen 79(11): 960-965.

Benz, A., Lütz, S., Schimank, U., Simonis, G.: Handbuch Governance (2007): Theoretische Grundlagen und empirische Anwendungsfelder. Wiesbaden VS, Verl. für Sozialwiss.

Dragano, N., Gerhardus, A., Kurth, B.M., Kurth, T., Razum, O., Stang, A., Teichert, U., Wieler, L.H., Wildner, M., Zeeb, H. (2016): Public Health – Mehr Gesundheit für Alle. Gesundheitswesen 78: 686-688.

Esping-Andersen, G. (1990): Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton University Press.

Geene, R., Kurth, B.-M., Matusall, S. (2020) Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland. Das Gesundheitswesen 82:e72–76.

Gerhardus, A., Razum, O., Zeeb, H. (2015): Reforming public and global health research in Germany. The Lancet386(9996):852.

German National Academy of Sciences Leopoldina, acatech—National Academy of Science and Engineering and Union of the German Academies of Sciences and Humanities (2015): Public Health in Germany. Structures, developments and global challenges. URL: https://www.leopoldina.org/en/publications/detailview/publication/public-health-in-deutschland-2015/ (Zugriff 12.08.2019)

Greer, S.L., Vasev, N., Wismar, M. (2017): Fences and Ambulances: Governance for Intersectoral Action on Health. Health Policy 121;11: 1101-1104. URL: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3174134 (Zugriff 25.10.2019)

Holst, J., Razum, O. (2018): Globale Gesundheitspolitik ist mehr als Gefahrenabwehr. Das Gesundheitswesen 80(10), 923-926.

Kickbusch, I., Franz, C., Holzscheiter, A., Hunger, I., Jahn, A., Köhler, C., Razum, O., Schmidt, J. O. (2017): Germany‘s expanding role in global health. The Lancet390(10097):898-912.

Länderoffenen Arbeitsgruppe (2018): Konsens der länderoffenen Arbeitsgruppe zu einem Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst. Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst: Zuständigkeiten. Ziele. Zukunft. – Der Öffentliche Gesundheitsdienst: Public Health vor Ort. Gesundheitswesen 80(08/09): 679-681.

Razum, O., Kolip, P. (Hg.) (2020): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 7. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.

Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., Leppo, K. (Hg.) (2006): Health in All Policies: Prospects and potentials. European Observatory on Health Systems and Policies and Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki.

Teichert, U., Kaufhold, C., Rissland, J., Tinnemann, P., Wildner, M. (2016): Vorschlag für ein bundesweites Johann-Peter Frank Kooperationsmodell im Rahmen der nationalen Leopoldina-Initiative für Public Health and Global Health. Gesundheitswesen 78:473-476.

Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (2012): Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit (s. EPHO 8). 62. Tagung des Regionalkomitee für Europa. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/171772/RC62wd12rev1-Ger.pdf (Zugriff 12.08.2019)

Wildner, M., Wieler, L.H., Zeeb, H. (2018): Germany's expanding role in global health. Lancet 391:657.

2. Finanzierung

Gewährleistung von nachhaltigen Organisationsstrukturen (EPHO 8)

Ausgangslage und Herausforderungen

Das Erlangen eines bestmöglichen Gesundheitszustandes gehört zu den Grundrechten des Menschen und es darf keine Frage des Geldes, des aufenthaltsrechtlichen oder des sozialen Status sein, dies jedem Menschen zu ermöglichen. Daher ist sicherzustellen, dass Ressourcen für Organisationsstrukturen und eine nachhaltige Finanzierung insbesondere der öffentlichen Gesundheit bereitgestellt werden, dies ist eine zentrale Aufgabe des Staates nach dem Prinzip der Daseinsfürsorge.

Gesundheitsförderliche Lebensbedingungen in Familien und Freizeit, am Arbeitsplatz und in den öffentlichen Räumen wie Schulen, Kindertagesstätten sowie Plätzen des sozialen Miteinanders (Parks, Plätze, Quartieren u.a.m.) und der Natur sind systemisch zu denken und bedürfen der effektiven Integration unterschiedlicher Interessen und Akteur:innen sowie der Minimierung schädlicher Einflüsse. Die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen in öffentlichen Räumen unterliegt zumeist gesetzlichen und gesellschaftlichen Regularien, einschließlich der Benennung der institutionellen Zuständigkeiten. Diese liegen vor allem bei Institutionen mit einem spezifischen Mandat für Öffentliche Gesundheit, wie dem ÖGD, den kommunalen Fachstellen, den Ministerien auf Landes- und Bundesebene und der Europäischen Ebene. Eine effektive Zusammenarbeit aller Akteur:innen und ausreichende Kapazitäten und Kompetenzen für Public Health in diesen Verwaltungen der öffentlichen Hand und den übergeordneten politischen Ressorts sind dementsprechend unabdingbar.

Die Ausgangslage ist hierfür in Deutschland gemischt: Während die Institutionen der individualmedizinischen Versorgung eine hohe Leistungsfähigkeit und Effizienz in der Selbstverwaltung aufweisen, bestehen bei der strategischen Entwicklung, Planungsverantwortlichkeit und Leistungserbringung im Bereich der Öffentlichen Gesundheit erhebliche Defizite, insbesondere bei Prävention und Gesundheitsförderung, in geringerem Ausmaß auch beim Gesundheitsschutz (Geene et al. 2019). Während letzterer von den diversen Institutionen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) auf (Land-)Kreis-, Bezirks- Landes-, Bundes- und europäischer bzw. internationaler Ebene wahrgenommen wird, sind Prävention und Gesundheitsförderung gleichsam „Stiefkinder“ der etablierten Systeme. Gleiches gilt für nachhaltige Organisation und Finanzierung von Forschung und Lehre.

Ausgehend von der erfolgreichen Re-Etablierung der Public-Health-Wissenschaften in Deutschland Ende des 20. Jahrhunderts bildeten sich zwar zahlreiche Ausbildungsstudiengänge an Universitäten und Hochschulen mit gesundheitswissenschaftlichem Bezug. Nach Auslaufen der Bundesförderung stagnierte jedoch die zunächst dynamische Entwicklung. Bislang hat nur die Universität Bielefeld eine eigenständige Fakultät für Gesundheitswissenschaften eingerichtet. Lehrstühle für das Fachgebiet „Öffentliches Gesundheitswesen“ fehlen bislang völlig, wegweisende Ansätze der Schools of Public Health in Berlin und München bedürfen eines Mehrfachen der aktuellen Ressourcen. Die an sich hoffnungsvolle Verbindung von akademischer Public Health und Public-Health-Praxis und Einbindung der Akademien für das öffentliche Gesundheitswesen stagniert als Folge fehlender Mittel und in Teilen auch Mangel an gestalterischer Fantasie und Kraft.

Positiv zu bewerten sind in diesem Sinne u.a. das Präventionsgesetz 2015, der Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) von 2016 zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), die Gründung des Zukunftsforums Public Health (ebenfalls 2016) als Verbindung von Forschung und Praxis, das Ge-

sundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ 2017, die Verabschiedung eines Public-Health-orientierten Leitbildes für den ÖGD durch die GMK 2018 sowie die Aufnahme der Stärkung der öffentlichen Gesundheit in den Koalitionsvertrag 2018, u.a. durch Einrichtung von Public-Health-Professuren für den ÖGD. Dies sind Ansätze einer Ausreifung des Politikfeldes Prävention und Gesundheitsförderung, allerdings lassen sich hier keine verbindlichen langfristigen strategischen Ziele oder nachhaltige Organisationsentwicklung mit ausreichender Finanzierung erkennen. Dadurch wird die Dringlichkeit der nachstehend genannten drei Bedarfe deutlich, auch wenn es bei der konkreten Ausgestaltung der einzelnen Politiken Nachbesserungsbedarf gibt.

Ziele

Für wirksame Public-Health-Aktivitäten mit Fokus auf nachhaltige Organisation und Entwicklung sind drei übergeordnete Ziele zentral:

1) Nachhaltige Organisation und Finanzierung von Vernetzungsstrukturen, wie zum Beispiel Gesundheitskonferenzen.

2) Nachhaltige Organisation von Aus-, Fort- und Weiterbildungsstrukturen für die Förderung von Public-Health-Kompetenzen.

3) Gestärkte, nachhaltige Strukturen und Finanzierung von Forschungs- und Entwicklungsprojekten in Public Health.

Um diese übergeordneten Ziele zu erreichen, sollten drei operative Ziele verfolgt werden:

1. Schaffung koordinierender Strukturen insbesondere auf lokaler und regionaler Ebene

Um Public Health und den Health-in-All-Policies-Ansatz in Deutschland nachhaltig zu stärken, müssen diese Strukturen auf der Ebene der Kommunen und Kreise und übergreifenden Regionen institutionalisiert und mit dem entsprechenden Mandat ausgestattet werden. Vernetzungsarbeit darf nicht als Zusatzaufgabe auf bereits ausgelasteten Akteur:innen lasten, sondern bedarf ständiger Strukturen und Personen, die ihre Zeit explizit dafür einsetzen können 1) Akteure dort zu vernetzen, wo es aktuell notwendig ist, 2) Public-Health-Themen in den verschiedenen Sektoren sichtbar zu machen und auf die Tagesordnung zu setzen und 3) als ständige Ansprechpartner:innen für Fragen rund um Public Health zu fungieren.

2. Schaffung von Public-Health-Kompetenzen und -Kapazitäten in Institutionen

Es bedarf Public-Health-Kompetenzen und -Kapazitäten in den Verwaltungen und Teams der zuständigen Institutionen mit Aufgaben im Sinne der HiAP Strategie und ggf. Mandat zur Public-Health-Leistungserbringung. Die Aus-, Fort- und Weiterbildungsstrukturen müssen neben der Ausbildung der Studierenden und beruflich Auszubildenden und der ärztlichen Weiterbildungsmöglichkeiten auch über ausreichende Kapazitäten für die Schulung der Fachkräfte vor Ort, der Entscheidungsträger:innen in den verschiedenen Sozialgesetzgebungsbereichen, den Ministerien und Verwaltungen in Bund, Ländern und Kommunen und die im Abschnitt Akteur:innen genannten Personen und Gruppen verfügen. Insbesondere gilt dies für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten, z.B. bei den Trägern von Lebenswelten (etwa Betrieben, Gesundheits- Jugend- und Schulämtern), aber auch in den Bundes- und Landesministerien sowie den Sozialversicherungen

3. Schaffung einer leistungsfähigen Infrastruktur für Forschung und Entwicklung

Für eine gemeinsame und zukunftsweisende Public-Health-Strategie für Deutschland ist die nachhaltige Vernetzung der Akteur:innen in Forschung, Politik und Praxis erforderlich. Den Kern dieser Vernetzung sollten Schools of Public Health nach angloamerikanischem Vorbild bilden, welche als Fakultäten oder als

eigenständige Abteilungen in bestehenden Fakultäten konzipiert werden können. Es gilt, die wesentlichen Akteur:innen im Bereich der Universitäten und Hochschulen, der staatlichen Gesundheitsverwaltung auf Ebene von Bund, Ländern und Kommunen, der nichtstaatlichen Akteur:innen sowie der Leistungserbringer und Geldgeber (Kostenträger) zusammenzubringen und nachhaltig zu vernetzen. Anknüpfungs- und Kristallisationspunkte dafür wären Brückenprofessuren, finanzierte Postdoc- und Promotionsprogramme in Verbindung mit Forschungs- und Ausbildungskooperationen sowie Auslandsaufenthalten, zudem Mid-Career- und Senior-Fellowships, ggf. gebündelt in Schools of Public Health. Die Herausforderungen betreffen damit nicht nur die Schaffung von effektiven Strukturen und Institutionen, sondern auch deren nachhaltige und ausreichende Finanzierung. Öffentliche Mittel für diese Ziele sind als Investitionen in die Zukunft zu begreifen, welche einen hohen „Social Return on Investment" versprechen: Finanziell durch ein Mehr an Gesundheit und eine erhöhte Produktivität, ideell durch einen verbesserten sozialen Zusammenhalt im Inland, eine Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit sowie einen friedens- und gerechtigkeitsfördernden Beitrag in einer globalen und vernetzten Welt.

In der Summe bietet dies den notwendigen Rahmen für eine „Gute Stewardship", welche in Teilen auch konkurrierende Interessen auf das Ziel von „Mehr Gesundheit für alle" hin auszubalancieren vermag.

Akteur:innen

Die Akteur:innen ergeben sich aus den Zuständigkeiten, der notwendigen Bedarfe und Interessen und ihren vernetzenden und vermittelnden Strukturen in den Bereichen der Steuerung, der Leistungserbringung und der Finanzierung sowie der Zivilgesellschaft und der Zielgruppen selbst. Je nach Aktionsfeld können dies sein:

- Die für die Politikgestaltung und Haushaltsplanung bzw. -gesetzgebung bzw. Beschlussfassung zuständigen und verfassungsmäßig legitimierten Parlamente und parlamentarischen Fachgremien bzw. deren Äquivalente auf Ebene von Bund, Ländern und Kommunen (Legislative, Gremien mit Haushaltsbeschlussrecht).
- Die für die jeweiligen Aktionsfelder für Öffentliche Gesundheit zuständigen Exekutivorgane der o.g. staatlichen Ebenen (Bundes- und Landesministerien, Regierungen, Kreise und kreisfreie Städte, Bundes- und Landesoberbehörden, kommunale Gremien), sowohl mit der Kernaufgabe Gesundheit/Öffentliche Gesundheit als auch benachbarte Ressortzuständigkeiten i.S. von (Öffentlicher) Gesundheit in allen Politikbereichen (u.a. Gesundheit, Bildung und Forschung, Umwelt und Verbraucherschutz, Raumplanung).
- Die Körperschaften öffentlichen Rechts mit gesetzlichem Auftrag der Finanzierung und Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung Geltungsbereich der Sozialgesetzbücher zur gesetzlichen und privaten Kranken- und Pflegeversicherung, der Unfall-, Rentenversicherung sowie der Teilhabe) sowie die entsprechenden Leistungserbringer:innen. Zu ihren Aufgaben gehören Prävention, Therapie, Rehabilitation und Langzeitversorgung bei Krankheit und Eingliederung. Die Sozialversicherungen müssen bei der Implementierung und Umsetzung von Public Health Strategien zusammenarbeiten und HiAP unter der Regie der Öffentlichen Hand unterstützen.

- Die Akteure des öffentlichen Gemeinwesens in den Kommunen in den großen Handlungsfeldern Schutz, Erhalt und Förderung von Gesundheit durch Gestaltung des Öffentlichen Raums und des sozialen Miteinanders in den verschiedenen Lebenswelten und für die verschiedenen Alters- und Zielgruppen. Dies gelingt durch Einbindung zivilgesellschaftliche Akteure (z.B. Landesvereinigungen für Gesundheit, Krebshilfe, Wohlfahrtsverbände, Stiftungen) und Verantwortungstragende und Interessenvertretungen für besondere Zielgruppen (z.B. Menschen mit Behinderung, speziellem gesundheitlichem Versorgungsbedarf, Pflegebedürftige, Kinder und Jugendliche, hochaltrige Menschen), aber auch Bildungsträgern und digitale Dienstleister:innen. Weitere gesellschaftliche Akteur:innen und Stakeholder in für die Öffentliche Gesundheit zentralen Aktionsfeldern, wie Verkehr, Städtebau, Landwirtschaft, Kitas und Schulen, Arbeitsschutz, Gesundheitsinformation.

Wege

Die Wege zu diesen Zielen sollten darauf angelegt sein, an bestehende Strukturen anzuknüpfen und diese derartig weiterzuentwickeln, dass übergreifende Public-Health-Strategien erfolgreich und nachhaltig implementiert werden können. Dies beinhaltet unter anderem die verbesserte Finanzierung der Gesundheitsdienste im staatlichen und nicht-staatlichen Bereich, die verbesserte Finanzierung der Einrichtungen von Forschung und Lehre durch Bund und Länder, eine Neuausrichtung verschiedener Dienstleister:innen auf Prävention und Gesundheitsförderung, die Bildung von Think Tanks für nationale und globale Themenschwerpunkte sowie die Etablierung auf Landesebene, länderübergreifender vernetzender Strukturen und Bundesebene. Hier ist auch auf einen ausreichend breiten Horizont zu achten: Anzusprechen und auszubauen sind insbesondere die Funktionen und Institutionen von New Public Health mit einem Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung und Prävention: durch Netzwerke, Empowerment, Partizipation, bürgerschaftliches Engagement bis hin zu digitaler Gesundheitskompetenz mit Berücksichtigung von Chancengerechtigkeit und Inklusion sowie einem starken politischen Mandat. Aber auch der Bereich von Old Public Health mit Fokus auf Gesundheitsschutz, z.B. im Bereich von Umwelt, Lebensmittelsicherheit, Arbeitsschutz sowie von Infektionskrankheiten („emerging“ und „reemerging“) und Biosecurity sollten gesichert und – modernen Anforderungen und Erkenntnissen Rechnung tragend – weiterentwickelt werden.

Erforderlich ist insgesamt eine gute Stewardship, das heißt ein verantwortungsbewusstes Planen und Ressourcenmanagement, welches der hohen Komplexität der gesellschaftlich erwarteten Public-Health-Funktionen gerecht wird und dafür auf nachhaltig finanzierte Organisationsstrukturen aufsetzen und zurückgreifen kann. So können spezifische Public-Health-Belange auf Ebene von Bund, Ländern und Kommunen am Gemeinwohl orientiert entwickelt und in den europäischen und globalen Kontext eingebracht werden.

Folgende Maßnahmen sind für die Zielerreichung ins Auge zu fassen:

Sicherung und Koordinierung angemessener organisatorischer Strukturen

- Etablierung und Finanzierung einer Geschäftsstelle Zukunftsforum Public Health als nachhaltige Struktur mit dem politischen Auftrag zur Umsetzung der Public-Health-Strategie für Deutschland. Die Geschäftsstelle übernimmt hauptamtlich die Vernetzung und Beratung verschiedener Akteur:innen und verfolgt, koordiniert und unterstützt die Umsetzung und Weiterentwicklung der Public-Health-Strategie im Sinne des Public-Health-Action-Cycles. Die Finanzierung erfolgt primär als Aufgabe der Bundespolitik und kann durch Stiftungen, Länderfinanzierungen oder Zuweisung spezifischer Aufgaben ergänzt werden.

- Verankerung von Public Health (Wissenschaft und Praxis) in den wesentlichen Beratungs- und Entscheidungsgremien wie Sachverständigenkommissionen, Nationale Präventionskonferenz, Gemeinsamer Bundesausschuss sowie Gesundheitszielprozessen und Gesundheitskonferenzen auf allen föderalen und korporatistischen Ebenen
- Finanzierung eines jährlichen Zukunftskongresses Public Health unter Beteiligung der tragenden Public-Health-Fachgesellschaften inkl. vor- und nachbereitenden Arbeitsgruppen
- Finanzierung einer Interventions- bzw. Fortschritts- und Erfolgsberichterstattung Public Health mit regelmäßiger Berichtspflicht, z. B. jährlich, gegenüber Bundesministerium für Gesundheit und Gesundheitsministerkonferenz

Schaffung von Public-Health-Kompetenzen und -Kapazitäten in Institutionen

- Finanzierung von zusätzlichen Public-Health-Kapazitäten in allen Sektoren und Institutionen wie oben beschrieben, die als Verknüpfungspunkte mit der Geschäftsstelle Zukunftsforum Public Health und als angemessene Vertreter:innen der Institutionen auf Vernetzungskonferenzen fungieren.
- Finanzierung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für diese Personen.
- Neuausrichtung der erweiterten Funktionen des ÖGD an die Public-Health-Strategie für Deutschland mit Aufgabenverlagerungen an Körperschaften des öffentlichen Rechts in Verbindung mit Schools of Public Health (z. B. Gesundheitsberichterstattung, Präventionsprogramme, Forschung und Entwicklung, Evaluationen, Politikberatung/Think Tanks, Bürgeranwaltschaften Umwelt und Gesundheit)

Schaffung einer leistungsfähigen Infrastruktur für Forschung und Entwicklung

Angeregt wird eine zweite Investitionswelle für Public Health, vergleichbar mit der erfolgreichen ersten Public-Health-Reinstitutionalisierung in Deutschland in den 1990er Jahren. Entwicklungsziel sind neue Professuren, sog. Intelligenzen (Think Tanks, universitäre und nicht-universitäre Institute u.a.m.), neue Translationsstrukturen zur Umsetzung sowie die Stärkung vorhandener Strukturen.

Prioritär dafür ist:

- Etablierung von akademischen Schools of Public Health in Verbindung mit Praxisnetzen, insbesondere auch den Akademien für Öffentliches Gesundheitswesen und dem ÖGD sowie den Landesvereinigungen für Gesundheit
- Auflegen eines Forschungsfonds Öffentliche Gesundheit mit Möglichkeiten für Projektpartnerschaften im In- und Ausland

Als übergreifende Wege zur Unterstützung der übergeordneten und operativen Ziele sind insbesondere eine geeignete Kommunikationsstrategie und faire Finanzierungsprozesse unerlässlich.

Schaffung geeigneter Kommunikationsstrategien (s. EPHO 9)

Public Health kann verstanden werden als „der Mut, das Richtige zu tun“ auf dem Weg zu mehr Gesundheit für alle. Diese Perspektive sollte, insbesondere auch unter Einbeziehung von Expert:innen, Akteur:innen und Verantwortungsträger:innen anderer Sektoren, im Rahmen einer kompetenten, effektiven, verantwortungsvollen und politischen, Kommunikationsstrategie nach außen und innen getragen werden. Die Kommunikation nach außen kann für mehr Verständnis und Unterstützung der Öffentlichkeit sorgen, die Kommunikation stiftet stärkeren Zusammenhalt und eine gemeinsame Identität der Public-Health-Akteur:innen.

Dafür prioritär sind:

- Eine klare Vermittlung von Werten und Zielen der Deutschen Public-Health-Strategie an die Öffentlichkeit, z.B. über gemeinsame Pressemitteilungen und-konferenzen, eine gemeinsame Social-Media-Strategie und die Zusammenarbeit mit Journalist:innen und weiteren Medienschaffenden.
- Eine eindeutige kommunikative Verknüpfung von Strukturen und Interventionen mit der Deutschen Public-Health-Strategie, bspw. durch ein gemeinsames Logo, ein gemeinsames Corporate Design, eine gemeinsame virtuelle Plattform, die einen Überblick aller involvierten Akteur:innen und dazugehörigen Interventionen gibt, eine gemeinsame Berichterstattung, etc.

Sicherstellung gerechter und transparenter Finanzierungsprozesse

Gesundheit steckt in vielen Bereichen und ist ein Schlüssel auch für eine inklusive ökonomische Entwicklung. Eine solche Entwicklung muss der vorbestehenden und durch die SARS-CoV-2-Pandemie noch weiter zunehmenden sozioökonomischen Ungleichheit Rechnung tragen. Dazu bedarf es:

- Einer transparenten und verantwortlichen Finanzierung öffentlich verantworteter Gesundheitsdienste.
- Zusätzlicher Mittel des Bundes zur Umsetzung von Projekten, welche an der Public-Health-Strategie für Deutschland ausgerichtet sind und die strategischen Bündnisse von Institutionen der Verwaltung, der Forschung und des bürgerschaftlich-zivilgesellschaftlichen Engagements ermöglichen. Hierfür kommt der Zuweisung von Mitteln an die Kommunen und ihrer Zuord-nung insbesondere zu intersektoralen Vorhaben mit mehr Gesundheitsbewusstsein als bisher große Bedeutung zu.
- Der Berücksichtigung der Nutzenverteilung auf die Bevölkerung bei Entscheidungen über die öffentliche Finanzierung von Leistungen z.B. anhand von Gesundheitszielen, verpflichtenden Gesundheitsfolgeabschätzungen (Health Impact Assessments (HIA)) bei Gesetzesvorhaben und Verordnungen sowie bei Entscheidungsgremien wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss, der Nationalen Präventionskonferenz sowie den Landesrahmenvereinbarungen für Gesundheitsförderung in Lebenswelten. Dies beinhalten auch ökonomische Überlegungen und ein Verständnis dieser Ausgaben als Investition in zukünftige Gesundheit und zukünftiges Wohlergehen.
- Der Gewährleistung einer nachhaltigen und stärkeren Finanzierung der öffentlichen Gesundheit durch progressive Steuerinstrumente.
- Der Bereitstellung eines angemessenen Budgets für die Umsetzung von Public Health Interventionen in Einklang mit der Deutschen Public-Health-Strategie. Dies bedeutet, dass über die Finanzierung nachhaltiger Strukturen für die Koordinierung und Weiterentwicklung der Public-Health-Strategie hinaus auch Mittel für konkrete Interventionen zur Verfügung stehen müssen. Diese Interventionen ergeben sich aus den aktuellen Prioritäten und Bedürfnissen im Besonderen der inhaltlichen EPHOs 3, 4 und 5.

Weiterführende Literatur

Dragano, N., Gerhardus, A., Kurth, B.M., Kurth, T., Razum, O., Stang, A., Teichert, U., Wieler, L.H., Wildner, M., Zeeb, H. (2016): Public Health – Mehr Gesundheit für Alle. Gesundheitswesen 78: 686-688.

Geene, R., Gerhardus, A., Grossmann, B., Kuhn, J., Kurth, B.M., Moebus, S., von Philipsborn, P., Pospiech, S., Matusall, S. (2019): Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland (15.07.2019). URL: https://zukunftsforum-public-health.de/health-in-all-policies/ (Zugriff 12.08.2019)

German National Academy of Sciences Leopoldina, acatech—National Academy of Science and Engineering and Union of the German Academies of Sciences and Humanities (2015): Public Health in Germany. Structures, developments and global challenges. URL: https://www.leopoldina.org/en/publications/detailview/publication/public-health-in-deutschland-2015/ (Zugriff 12.08.2019)

Greer, S.L., Vasev, N., Wismar, M. (2017): Fences and Ambulances: Governance for Intersectoral Action on Health. Health Policy 121;11: 1101-1104. URL: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3174134 (Zugriff 12.08.2019)

Konsens der länderoffenen Arbeitsgruppe zu einem Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst (2018): Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst: Zuständigkeiten. Ziele. Zukunft. – Der Öffentliche Gesundheitsdienst: Public Health vor Ort. Gesundheitswesen 80(08/09): 679-681.

Razum, O., Kolip, P. (Hg.) (2020): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 7. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.

Razum, O., Bozorgmehr, K. (2016): Restricted entitlements and access to health care for refugees and immigrants: The example of Germany. Global Social Policy16(3):321-4.

Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., Leppo, K. (Hg.) (2006):. Health in All Policies: Prospects and potentials. European Observatory on Health Systems and Policies and Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki.

Teichert, U., Kaufhold, C., Rissland, J., Tinnemann, P., Wildner, M. (2016): Vorschlag für ein bundesweites Johann-Peter Frank Kooperationsmodell im Rahmen der nationalen Leopoldina-Initiative für Public Health and Global Health. Gesundheitswesen 78:473-476.

Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (2012): Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit (s. EPHO 8). 62. Tagung des Regionalkomitee für Europa. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/171772/RC62wd12rev1-Ger.pdf (Zugriff 12.08.2019)

Wildner, M., Wieler, L.H., Zeeb, H. (2018): Germany's expanding role in global health. Lancet 391:657.

Ergebnisse des Pulic Health Kompetenznetzwerks Covid-19. URL: https://www.public-health-covid19.de/ergebnisse.html (Zugriff 09.03.2021)

3. Surveillance

Fakten als Wegbereiter für mehr gesundheitliche Chancengleichheit (EPHO 1)

Ausgangslage und Herausforderungen

Public Health Surveillance – und die damit eng verbundene Gesundheitsberichterstattung (GBE) – umfassen die kontinuierliche, institutionalisierte Zusammenfassung und Verbreitung von Informationen und Erkenntnissen über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und gesundheitlicher Einflussfaktoren, mit dem Ziel Politik und (Fach-) Öffentlichkeit zu informieren. Die Begriffe Surveillance und GBE werden im Folgenden synonym gebraucht, die Unterschiede zwischen beiden Ansätzen spielen hier keine Rolle.

Adressat:innen der Gesundheitsberichterstattung sind neben politischen Entscheidungsträger:innen und Fachöffentlichkeit auch Bürger:innen und zivilgesellschaftliche Akteure.

Public Health Surveillance und GBE bestehen aus vier Hauptaufgaben: (1) dem kontinuierlichen Zusammentragen von öffentlichen Statistiken und anderer Sekundärdaten, aber auch eigene Erhebungen von Daten, zum Beispiel in Form von Bevölkerungsbefragungen; (2) der systematischen Aufbereitung, Analyse und Kontextualisierung der Daten (z.B. die Identifizierung von Veränderungen im zeitlichen Verlauf oder Unterschieden zwischen Regionen); (3) der adressat:innengerechten Zusammenfassung der Ergebnisse sowie der Beschreibung von Herausforderungen und Handlungsoptionen; (4) dem Wissenstransfer, damit die Erkenntnisse der Gesundheitsberichterstattung zur Planung, Implementierung und Evaluation von Maßnahmen genutzt werden können. Idealerweise basiert die Gesundheitsberichterstattung auf einer gesetzlichen Grundlage und einem umfassenden konzeptionellen Ansatz, verfügt über ausreichende Ressourcen und eine gute Infrastruktur.

Diese Aufgaben werden in weiten Teilen auf der Grundlage von Routine- und Sekundärdaten der Bevölkerungsstatistik, des Zensus, der Todesursachenstatistik oder auch von administrativen Daten der Gesundheitsversorgung wahrgenommen. Auf Landes- und kommunaler Ebene spielen zudem Daten der Schuleingangsuntersuchungen eine wichtige Rolle.

Mit der Infektionssurveillance, der Gesundheitsberichterstattung (GBE) sowie dem Gesundheitsmonitoring am RKI gibt es gut etablierte Bausteine für eine Public Health Surveillance auf Bundesebene. Mit der Berichterstattung über nicht-übertragbare Erkrankungen (NCD-Surveillance) werden zunehmend die Möglichkeiten der Berichterstattung über weit verbreitete chronische Erkrankungen gestärkt. Auch auf Landes- und kommunaler Ebene gewinnt die Gesundheitsberichterstattung an festen Strukturen und ist in der Lage, Informationsgrundlagen für den jeweiligen regionalen Kontext bereitzustellen. Auf Landesebene werden zudem zunehmend neue „GBE-Produkte“, wie Indikatorensysteme und interaktive Dashboards entwickelt. Insbesondere im kommunalen Kontext gibt es neben der reinen Gesundheitsberichterstattung vielfach integrierte Berichterstattungsstrukturen, in denen Daten unterschiedlicher Ressorts zusammengeführt und ressortübergreifend für Planungen genutzt werden.

Die zwischen den föderalen Ebenen variierenden gesetzlichen Regelungen, Ausgestaltungen und Verbindlichkeiten erschweren eine qualitativ hochwertige Berichterstattung. Diese ist jedoch eine wichtige Grundlage für eine anwendungsbezogene Politikberatung, die gerade für die sozialraumorientierte Betrachtung auf Landes- und kommunaler Ebene von zentraler Bedeutung ist, da diese Ebenen für die Identifikation spezifischer Problemlagen sowie Umsetzung und Ausgestaltung entsprechender Programme und Maßnahmen von zentraler Bedeutung sind.

Aus den genannten Hauptaufgaben der GBE sowie aus den zur Verfügung stehenden Ressourcen und der bestehenden Infrastruktur ergeben sich zahlreiche Herausforderungen, die für die einzelnen Ebenen unterschiedlich stark ins Gewicht fallen und mitunter sehr verschiedene Lösungsansätze erfordern. Exemplarisch werden als Herausforderungen Aspekte aus den Aufgabenbereichen Daten sowie Aufbereitung, Analyse, Kontextualisierung aufgezeigt. Zum Teil werden Herausforderungen der andern Aufgabengebiete in EPOHO 6 (Governance), EPHO 8 (Finanzierung) und EPHO 9 (Information und Kommunikation) benannt.

- Zur umfassenden Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung gibt es an vielen Stellen Datenlücken oder eine unzureichende (räumliche) Feingliederung der Daten. Insgesamt wird das Potenzial von Sekundärdaten bisher nicht ausreichend genutzt.
  - Es fehlen routinemäßig verfügbare Daten zur Morbidität, die auch das ambulante Behandlungsgeschehen umfassen, kleinräumige Daten und Daten aus Bevölkerungsbefragungen.
  - Darüber hinaus sind nicht für alle Bevölkerungsgruppen (z.B. Hochbetagte oder Menschen mit Sprachbarrieren, einschließlich Geflüchteter) adäquate Informationen zur Gesundheit bzw. den Determinanten der Gesundheit verfügbar.
  - Die Relevanz sozialer Gesundheitsdeterminanten lässt mit Hilfe von Routinestatistiken nicht direkt oder nur unzureichend abbilden.
  - Häufig fehlt es noch an einer routinierten Einbettung weiterführender, z.T. auch qualitativer, Daten und Perspektiven in eine indikatorengestützte GBE.
- Zur Weiterentwicklung der Datenaufbereitung, Analyse und Kontextualisierung im Rahmen der GBE sollten beispielsweise folgende Fragen angegangen werden:
  - Wie lassen sich geografische Informationssysteme (GIS) für die Routineberichterstattung nutzen?
  - Wie lassen sich ökonomische Informationen zur Kosten-Nutzen-Abwägung von Public Health-Maßnahmen oder Social Return on Investment (SROI)-Betrachtungen in der GBE etablieren?
  - Welche Möglichkeiten ergeben sich für die GBE durch Burden of Disease-Analysen?
  - Wie lassen sich partizipative Ansätze in die GBE einbauen?

Ziele

Für den weiteren Ausbau der GBE unter Berücksichtigung der genannten Herausforderungen sind folgende Ziele anzustreben:

- Die GBE berücksichtigt die gesellschaftliche Vielfalt.
- Es stehen Daten zur Verfügung, die lokale und regionale Analysen sowie die Betrachtung von Teilgruppen der Bevölkerung auf den föderalen Ebenen ermöglichen. Dabei werden auch strukturelle und prozedurale Rahmenbedingungen in den Blick genommen.

- Interoperabilität, Transparenz und Zugang zu relevanten Datenquellen sind gewährleistet, auch für die Routinedaten aus der Gesundheitsversorgung. Dabei ist insbesondere der Zugang und die Nutzung von Sekundär- und Routinedaten rechtlich, technisch sowie auf der Ressourcenebene verbessert. Wichtige Aspekte sind hierbei die (räumliche) Feingliederung der Daten, die Zeitnähe sowie Möglichkeiten zum Data Linkage.
- Die Nutzung von Individualdaten erfolgt zweckgebunden unter der Wahrung des Identitätsschutzes. Datenschutz und Datennutzung inklusive ihrer ethischen Aspekte werden regelmäßig sinnvoll austariert.
- Im Rahmen einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik (HiAP) werden politikbereichsvernetzende und-übergreifende Daten mit harmonisierten Datenstandards etabliert.
- Die Frage, wie eine möglichst adressat:innengerechte Berichterstattung und Verbreitung gelingt, wird regelmäßig neu eruiert.
- Das Aufzeigen evidenzbasierter Handlungsoptionen ist fester Bestandteil der Gesundheitsberichterstattung und unterstützt die (kleinräumige) Planung und Steuerung von Maßnahmen.
- Die Interaktion mit Adressat:innen bringt dabei mehr Klarheit, welche Inhalte benötigt werden und wie die Transformation von Erkenntnissen der GBE in (gesundheits-)politisches sowie zivilgesellschaftliches Handeln gelingen kann.
- Die Nutzung moderner Kommunikationsformate ist in der Gesundheitsberichterstattung etabliert.

Akteur:innen

Das Spektrum der Akteur:innen, die für die Erreichung der genannten Ziele relevant sind, ist vielfältig. Dabei geht es vor allem um datenhaltende und-nutzende, aber auch berichterstattende und forschende Akteur:innen. Exemplarisch seien genannt:

- Robert Koch-Institut
- Statistisches Bundesamt und Statistische Landesämter
- Weitere Bundesbehörden mit Aufgaben zur Erfassung und Bewertung von Gesundheitsdaten (z.B. BAuA, BZgA, BfR, PEI, BfArM, UBA, MRI)
- Gesundheitsberichterstattung der Länder (Landesgesundheitsämter, AOLG-AG GPRS), Sozialberichterstattung der Länder, Arbeitsschutzberichterstattung der Länder usw.
- Kommunale Ebene: Gesundheitsämter, Sozialämter, Jugendämter, Umweltämter usw.
- Verbände und Körperschaften des Gesundheitswesens und ihre Institute (z.B. Sozialversicherungsträger, kassenärztliche Vereinigungen, INEK, IQWiG, IQTIG, Kammern)
- Registerstellen (z.B. Krebsregister, Herzinfarktregister, Fehlbildungsregister, Implantateregister)
- Akteur:innen aus Bildung, Wissenschaft und Forschung
- Internationale Organisationen wie WHO, Eurostat, ECDC, OECD
- GBE-nahe Verbünde und Arbeitsgruppen der (wissenschaftlichen) Fachgesellschaften auf nationaler und internationaler Ebene

Wege

Als ersten, übergeordneten Schritt verständigen sich Stellvertreter:innen von Bund, Ländern und Kommunen auf eine umfassende GBE-Strategie. Aufbauend auf einer initialen Bestandsanalyse, gilt es übergeordnete Ziele zu definieren und detaillierte Lösungsvorschläge zu erarbeiten, die die unterschiedlichen Bedarfe der föderalen Ebenen widerspiegeln, um anschließend gemeinsam an der Umsetzung selbiger zu arbeiten.

Daten

Zur Schließung von Datenlücken, zur Verbesserung der Feingliederung der Daten und zur Abbildung von prozeduralen und strukturellen Rahmenbedingungen für Gesundheit werden

- Gespräche mit den verschiedenen Datenhalter:innen aller Ebenen geführt,
- Möglichkeiten für eine zeitnahe Datenbereitstellung etabliert und Strukturen zur Bereitstellung fehlender oder unzureichender Daten geschaffen,
- Methoden etabliert und Strukturen geschaffen, die vor allem der kommunalen Gesundheitsberichterstattung Zugang zu Daten survey-basierter Kernindikatoren verschaffen,
- Schnittstellen zu Forschungsdatenzentren etabliert und bei Bedarf ein zentrales Forschungsdatenzentrum etabliert,
- Aspekte des Datenschutzes und der Datennutzung verantwortungsvoll und unter Einbeziehung von Expertise bezüglich GBE-typischer Sekundärdaten diskutiert.

Aufbereitung, Analyse, Kontextualisierung

Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Fortschreibung und Weiterentwicklung relevanter Indikatoren sowie zur Erarbeitung neuer Methoden der Datenaufbereitung, Analyse und Kontextualisierung

- werden notwendige Daten zur Berechnung des Länderindikatorensatzes den Ländern und Kommunen zur Verfügung gestellt und bei Bedarf modernisiert,
- ist sichergestellt, dass die GBE Indikatoren und Daten für weitergehende Analysen nutzer:innenfreundlich zur Verfügung stellen kann,
- berücksichtigen neu entwickelte Indikatorensätze auch Informationen und Analysemethoden, die den Status gesundheitsförderlicher Prozesse und Rahmenbedingungen abbilden,
- gilt es, partizipative Methoden, Bestandsanalysen, Netzwerkanalysen, Policy Analysen etc. als festen Bestandteil des GBE-Handwerks aufzubauen.

Berichterstattung

Zur Gewährleistung einer möglichst adressat:innengerechte Berichterstattung und Dissemination

- werden klassische wie neue GBE-Produkte unter Beteiligung von Kommunikationsfachleuten regelmäßig kritisch diskutiert und weiterentwickelt; hierzu müssen feste Unterstützungsstrukturen für eine moderne Informationsaufbereitung und-verbreitung etabliert werden,
- zur Zusammenstellung von Handlungsoptionen werden Datenbanken entwickelt, die eine Übersicht über evidenzbasierte Maßnahmen enthalten.

Wissenstransfer

- Um sicherzustellen, dass der von der modernen GBE eingeschlagene Weg „Daten für Taten“ effektiv beschritten werden kann, muss sie insgesamt handlungsorientierter werden. Dies ist aufgrund der engen Anbindung an den Handlungs- und Regelungsraum verschiedenster Lebenswelten für die kommunale Ebene von besonderer Bedeutung. Die GBE muss sich inhaltlich wie prozedural mit den Faktoren eines erfolgreichen Wissenstransfers auseinandersetzen und Strategien erarbeiten, wie dies umgesetzt werden kann. Ein regelmäßig stattfindender Austausch relevanter GBE-Akteur:innen aller Ebenen kann dazu beitragen Redundanzen vorzubeugen und Synergien zu nutzen.
- Darauf aufbauend ist eine Forschungsinfrastruktur anzustreben, die die Themen Wissenstranslation und Implementation GBE-relevant aufbereitet.

Infrastrukturen und Ressourcen

- Es gilt zu prüfen, wie die bestehenden Strukturen durchlässiger und multidisziplinärer gestaltet werden können, damit Informationen alle Ebenen erreichen, Austausch und Abstimmung bezüglich der Herausforderungen sichergestellt und Bedarfe gemeinsam definiert und eingefordert werden können.
- Dafür muss die Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Akteur:innen gestärkt werden.
- Internationale Entwicklungen, wie die Definition der UN-Nachhaltigkeitsindikatoren, müssen hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit für die GBE in Deutschland eruiert werden.
- Die notwendige strukturelle Aufwertung der GBE setzt auch eine Aufwertung bezüglich der Ressourcen auf allen Ebenen voraus. Der im Zusammenhang mit der Coronakrise auf den Weg gebrachte „Pakt für den ÖGD“ trägt dem auch mit Blick auf Surveillance und GBE jenseits des Infektionsgeschehens Rechnung (zur Bedeutung des ÖGD-Paktes zur Stärkung des ÖGD siehe auch EPHO 5 und 6).

Forschung

- Um den genannten Herausforderungen hinsichtlich der klassischen Aufgabenfelder und neuer Herausforderungen (z.B. Digitalisierung, Partizipation, Kommunikation, Politikberatung) der GBE zu begegnen, muss sie Gegenstand wissenschaftlicher Forschung werden und eine starke Kooperation mit der Wissenschaft aufgebaut werden. Dafür können z.B. Förderprogramme wie das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2020 ausgeschriebene Programm zur nachhaltigen Stärkung der Zusammenarbeit zwischen ÖGD und Public Health-Forschung genutzt werden.
- Angesichts der starken Praxisrelevanz GBE-naher Forschungsthemen gilt es Wege zu definieren, über welche die Forschungsergebnisse deutlich stärker als bislang auf alle Ebenen der GBE übertragen werden können. Hierzu müssen feste Forschungsinfrastrukturen etabliert werden.

Weiterführende Literatur

Bardehle, D., Razum, O. (2022): Gesundheitsberichterstattung und Public Health in Deutschland. In: Schott, T., Hornberg, C.: Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 173-190.

Gothe, H., Ihle, P., Matusiewicz, D., Swart, E. (Hg.) (2014): Routinedaten im Gesundheitswesen: Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. 2nd ed. Bern: Verlag Hans Huber.

Kuhn, J., Ziese, T. (Hg.) (2012): Gesundheitsberichterstattung und ihre Indikatorensysteme. In: Schwartz FW et al. Public Health. München: 60-70.

Kuhn, J. (2007): Die historische Entwicklung der kommunalen Gesundheitsberichterstattung - eine Forschungslücke. Gesundheitswesen 69(10): 507–13.

Kurth, B.-M., Saß, A.-C., Ziese, T. (2020): Gesundheitsberichterstattung. In: Razum, O., Kolip, P.: Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Beltz Juventa, 7. Auflage.

Lampert, T., Horch, K., List, S. (2010): Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Ziele, Aufgaben und Nutzungsmöglichkeiten. GBE kompakt 1/2010, Berlin: Robert Koch-Institut.

Lampert T., Saß AC., Beermann S., Burger R., Ziese T. (2015) Gesundheitsberichterstattung. In: Thielscher C. (Hg.) Medizinökonomie 1. FOM-Edition (FOM Hochschule für Oekonomie & Management). Springer Gabler, Wiesbaden.

Reintjes, R., Klein, S. (Hg.) (2007): Gesundheitsberichterstattung und Surveillance: Messen, Entscheiden, Handeln. Bern: Verlag Hans Huber.

Rosenkötter, N., Borrmann, B., Arnold, L., Böhm, A. (2020): Gesundheitsberichterstattung in Ländern und Kommunen: Public Health an der Basis. Bundesgesundheitsbl. 63: 1067–75.

Schräder, W., Loos, S. (2006): Ökonomische Steuerung durch Gesundheitsberichterstattung. In: Kuhn, J., Busch, R.: Gesundheit zwischen Staat und Politik. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Starke, D., Tempel, G., Butler, J., Starker, A., Zühlke, C., Borrmann, B. (2019): Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen. Journal of Health Monitoring 4(S1): 1–22.

Verschuuren, M., van Oers, H. (Hg.) (2019): Population Health Monitoring. Cham: Springer International Publishing.

Ziese, T., Prütz, F., Rommel, A., Reitzle, L., Saß, A.-C. (2020): Gesundheitsberichterstattung des Bundes am Robert Koch-Institut – Status quo und aktuelle Entwicklungen. Bundesgesundheitsbl. 63: 1057-66.

4. Krisenplanung und -reaktion

Gesundheitskrisen effektiv erkennen und bewältigen (EPHO 2)

Ausgangslage und Herausforderungen

Die Vorsorge und Reaktionsfähigkeit in Bezug auf Katastrophen und Krisensituationen gehören zu den wichtigen öffentlichen Aufgaben. Regelmäßig haben Katastrophen oder Krisensituation eine erhebliche direkte und/oder indirekte Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung, so bei Hitze- und Kälteperioden, Naturkatastrophen, Epidemien, technologischen Katastrophen oder auch terroristischen Anschlägen. Wo die gesundheitliche Bedrohung im Vordergrund steht, wird hier von Gesundheitskrisen gesprochen.

Internationale Reise- und Handelsverbindungen erleichtern eine schnelle weltweite Verbreitung von Krankheitserregern, der Klimawandel und die Tierhaltung und-nutzung die Ausbreitung von Vektoren und damit die Übertragung von neuen Erkrankungen. Gesundheitskrisen können durch vielfältige Ursachen ausgelöst werden.

Die Ausgangslage wird von einer Reihe von Problemen gekennzeichnet: Deutschland kann in der jüngeren Vergangenheit vor allem auf die laufenden Erfahrungen aus der Corona-Pandemie zurückgreifen. Trotz fortgeschrittener Privatisierung vieler relevanter Bereiche (z.B. kritische Infrastruktur), liegt die Gesamtverantwortung für Krisenplanung und Krisenmanagement in staatlicher Hand. Im föderalistischen Deutschland sind viele Akteur:innen auf allen Ebenen beteiligt: Die Umsetzung des gesundheitlichen Krisenmanagements erfolgt in erster Linie durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst auf Landes- und kommunaler Ebene. Zu der bis zur Corona-Pandemie insgesamt fehlenden Erfahrung im Umgang mit Gesundheitskrisen kommt dort eine finanziell und personell unzureichende Ausstattung des ÖGD, was an der Basis sehr deutlich spürbar ist. Ein schnelles und konsequentes Eingreifen ist dadurch oftmals schwierig. Die Bevorratung mit Notfallmedikamenten oder Impfstoffen erfolgt dezentral in den Bundesländern. Für die Beschaffung und Lagerung von persönlicher Schutzausrüstung ist in erster Linie der Arbeitgeber (z.B. Krankenhäuser) zuständig, auf Bundesebene hingegen gibt es keine zentrale Übersicht über die aktuell verfügbaren Ressourcen. Die dezentrale Verteilung der Zuständigkeiten erschwert somit ein bundesweit abgestimmtes Vorgehen. Im Falle einer Gesundheitskrise in Deutschland muss zudem mit regional unterschiedlichen Reaktionen gerechnet werden: während einer Pandemie kann ein Landkreis Massenveranstaltungen absagen und Schulen schließen sowie Pflegeheime und Hospize absperren, während der Nachbarlandkreis weniger einschneidende Maßnahmen ergreift. Ein solches lokal angepasstes Vorgehen kann fachlich sinnvoll sein, verkompliziert aber eine stringente Risiko- und Krisenkommunikation mit den betroffenen Zielgruppen deutlich. Die vielen involvierten staatlichen und nichtstaatlichen Akteure auf Landes- und Bundesebene ergeben in der Summe viel Kraft, aber es fehlt eine Koordination, damit diese im Bedarfsfall optimal und synergistisch wirken kann.

Die Bevölkerung hat ein hohes Sicherheitsbedürfnis und große Erwartungen an das Krisenmanagement. Über die Resilienz der Bevölkerung ist wenig bekannt, es wird jedoch aktuell dazu geforscht. Zudem kann es zu mangelnder Unterstützung und Absprache zwischen staatlichen Stellen und nichtstaatlichen Institutionen kommen, da diese nicht systematisch in Krisenplanungen und Übungen eingebunden werden.

Je nach Ursache der Gesundheitskrise liegt die Federführung auf Bundesebene entweder im Gesundheits-, im Landwirtschafts-, im Umwelt- oder auch einem ganz anderen Ministerium. Mit Eskalation der Situation kann die Zuständigkeit im Verlauf einer Lage wechseln, z.B. vom Gesundheits- zum Innenministerium. Die herausfordernde intersektorale Zusammenarbeit wird im Rahmen der bundesweiten LÜKEX-Übungen

(Länder-übergreifenden Krisen-Exercise) alle 2 Jahre geübt. Der Fokus liegt aber seltener auf Gesundheitslagen.

Der private Sektor ist zur Erstellung von Katastrohen- und Pandemieplänen und Durchführung von Übungen verpflichtet. Ob der private Sektor den ÖGD z.B. bei Umsetzung von Massenimpfungen oder Screeningmaßnahmen unterstützen kann, hängt auch von den dort verfügbaren Kapazitäten ab. Um größere Krisen meistern zu können, bedarf es entsprechender Reservekapazitäten. Krankenhäuser sind aufgrund ihres Finanzierungssystems und Gebot des wirtschaftlichen Betriebs regelmäßig voll ausgelastet und halten keine personellen oder strukturellen Ressourcen für Krisen vor.

Da Gesundheitskrisen schnell Grenzen überschreiten, gibt es sowohl in Europa- bzw. völkerrechtlich bindende Vereinbarungen (EU Beschluss Nr. 1082/2013 (1) und Internationale Gesundheits¬vorschriften (2)). Deutschland hat sich verpflichtet, Kompetenzen zur Früherkennung, Meldung und zum Management potenziell grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren aufzubauen. Deutschland muss bei Gesundheitskrisen im Ausland niederschwellig Hilfe leisten und ebenfalls, wenn nötig, Hilfe annehmen können.

Bundesweite Krisenpläne für gesundheitliche Notlagen existieren als Teil der allgemeinen Krisen-planung und als einzelne Dokumente für spezielle Szenarien (wie z.B. der Nationale Influenza-pandemieplan (3)). Diese enthalten nicht bindende Handlungsoptionen. Viele Maßnahmen sind gesetzlich implementiert (z.B. im Infektionsschutzgesetz (4)). Diese entbehren aber oft einer soliden Evidenzgrundlage. Überzogene Maßnahmen können teils drastischen Schaden anrichten.

Ziele

Eine Public-Health-Strategie soll der Umsetzung folgender Ziele für das Krisenmanagement gesundheitlicher Notlagen in Deutschland dienen:

- Gesundheitsgefahren werden vermieden oder frühzeitig erkannt, bevor sich Krisen entwickeln.
- Es existiert eine übergeordnete, generische nationale Krisenplanung für gesundheitliche Lagen und eine gute Vorbereitung samt klarerer Strukturierung des Krisenmanagementsystems.
- Strukturen, Organisation und Zuständigkeiten auf kommunaler, Länder- und nationaler Ebenen sind eindeutig zugewiesen und bekannt. Die behördliche Risiko- und Krisenkommunikation erfolgt abgestimmt, einheitlich, lageangepasst und zielgruppenspezifisch.
- Die Koordination und Kommunikation ist horizontal (d.h. intersektoral zwischen Gesundheits-, Veterinär-, und Umweltsektor) gut eingespielt.
- Aktuelle, aufeinander abgestimmte Krisenpläne bieten Orientierung, sowohl allgemein als auch bei verschiedenen Szenarien.
- Die Bevölkerung ist in die Prinzipien und Strukturen eines Krisenmanagements informiert und kennt Wege, sich zu beteiligen und einzubringen.
- Maßnahmen werden abgestimmt, nach Möglichkeit evidenzbasiert gewählt, lageangepasst eingesetzt und das Krisenmanagement wird routinemäßig systematisch evaluiert.
- Eine angemessene Ressourcenausstattung des ÖGD ermöglicht die Erfüllung seiner Aufgaben im Bereich Krisenplanung und-reaktion.
- Es besteht eine Reservekapazität in der klinischen Versorgung.
- Deutschland ist international ein verlässlicher, verantwortungsbewusster Partner bei der Vorbereitung

auf und Bewältigung von gesundheitlichen Krisensituationen.

- Eine systematische Evaluation des Krisenmanagements und der eingeleiteten Maßnahmen ist nötig, um Evidenz zu schaffen und als Gesellschaft gestärkt aus der Krise hervorzugehen.

Akteur:innen

Folgende Akteur:innen sind für unterschiedliche Aspekte der Umsetzung dieser Ziele beispielsweise zuständig:

- Der Öffentliche Gesundheitsdienst vor Ort
- Andere zuständige Behörden für Gesundheits- und Katastrophenschutz der Bundesländer und Kommunen
- Bundesministerien (je nach Lage: BMI, BMG, BMAS, BMUB, BMJV, BMVI, AA, Bundeskanzleramt)
- Bundesinstitute und Bundeseinrichtungen (RKI, BBK, THW, UBA, BfS, BVL, BfR, BZgA, BAuA - ABAS, PEI, FLI, Giftnotrufzentralen, etc.)
- Krankenhäuser (DKG, verschiedene Träger)
- Rettungsdienste
- Niedergelassene Ärzt:innen, insbesondere des hausärztlichen Bereiches
- Bundes- und Landesheilberufskammern
- KBV, Fachgesellschaften, Berufsverbände, NGOs
- Versicherer (GKV, PKV)
- Interessenvertretungen vulnerabler Bevölkerungsgruppen
- Internationale Institutionen (UN, WHO, ECDC, EU-Kommission)
- Forschungseinrichtungen zur systematischen Generierung von Evidenz
- In Bezug auf eine Sensibilisierung für diese Ziele und das Thema Gesundheitskrisen sind Public-Health-Lehr- und Ausbildungsstätten einzubinden

Wichtig ist es dabei, die verschiedenen Ebenen (national, föderal, kommunal mit Stadt/Gemeinde/Quartiere) und zuständigen Institutionen einzubeziehen.

Wege

- Die staatlichen Behörden verständigen sich auf die Festlegung einer Federführung für die Bereitschaftsplanung gesundheitlicher Notlagen folgender Aufgaben, in engem Austausch mit den weiteren Akteur:innen auf den unterschiedlichen Ebenen:
  - Übersicht über vorhandene Pläne
  - Koordination der Aktualisierung bzw. Erweiterung
  - Überprüfung der Interoperabilität
  - Überblick über Ressourcen (z.B. Bevorratung) auf unterschiedlichen Ebenen

  - Identifikation von Kapazitätslücken
- Die wissenschaftliche Evidenz für mögliche Maßnahmen wird kontinuierlich geprüft, zusammengetragen und (wo fehlend) ergänzt.
- Regelmäßig werden auf verschiedenen Ebenen Übungen durchgeführt, die mittels verschiedener Szenarien das Zusammenspiel sowie die Pläne üben und testen.
  - Sowohl nach Übungen als auch realen Ereignissen findet eine Evaluation statt, deren Ergebnisse entsprechend umgesetzt werden
- Die Gesundheitsämter werden personell und technisch ausreichend ausgestattet.
- Die Krankenhäuser werden in Pläne zur kurzfristigen Schaffung von Kapazitäten und verbindliche Finanzierungsmodelle eingebunden und tragen diese mit, damit der Regelungsbedarf im Krisenfall minimiert wird.
- Die niedergelassenen Ärzt:innen kennen Krisenpläne und werden auf kommunaler Ebene verbindlich durch den ÖGD informiert und zur Unterstützung herangezogen. Diese Regelungen sind zwischen Kommune, KV und Ärztekammern im Vorwege zu vereinbaren.
- Notwendig sind klare rechtliche Grundlagen, abgestimmte Krisenpläne, kurzfristig verfügbares Spezialwissen und spezielle Ausstattung sowie regelmäßige Übungen der Akteur:innen sowie deren nachhaltiger Finanzierung.
- Es finden regelmäßig Schulungen zwischen Gesundheitsämtern, Feuerwehr und Katastrophenschutz statt.
- Deutschland hält seine internationalen Verpflichtungen gemäß der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV 2005) und dem EU-Beschluss Nr. 1082/2013 ein.
- Es erfolgt schrittweise ein Abbau von identifizierten Kapazitätslücken.
  - Die ethischen Dimensionen des Krisenmanagements werden systematisch mitberücksichtigt.
  - Neben den akuten Gesundheitskrisen werden auch langfristige Krisen, wie beispielsweise die Veränderung der natürlichen Umwelt, zunehmend in der Krisenplanung berücksichtigt.
  - Jede Krise wird als Chance begriffen und systematisch evaluiert.

Weiterführende Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (2020): Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/o/oeffentlicher-gesundheitsheitsdienst-pakt.html (Zugriff 09.03.2021)

Bundesamt für Justiz. Infektionsschutzgesetz (IfSG). URL: http://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/index.html (Zugriff 11.10.2019)

Europäische Union (2013). Beschluss Nr. 1082/2013/EU des europäischen Parlaments und des Rates vom 22. Oktober 2013 zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren und zur Aufhebung der Entscheidung Nr. 2119/98/EG. Amtsblatt der Europäischen Union L 293/1. URL: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/preparedness_response/docs/decision_serious_crossborder_threats_22102013_de.pdf (Zugriff 11.10.2019)

Robert Koch-Institut (2016): Nationaler Pandemieplan Teil II. Wissenschaftliche Grundlagen. Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/Pandemieplanung/Downloads/Pandemieplan_Teil_II_gesamt.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff 09.03.2021)

Weltgesundheitsorganisation (2016): International Health Regulations (IHR 2005). Third Edition. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. URL: https://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/en/ (Zugriff 11.10.2019)

5. Multisektoraler Gesundheitsschutz

Gesundheitsschutz, Arbeitssicherheit, Patientensicherheit (EPHO 3)

Ausgangslage und Herausforderungen

Gesundheitsschutz ist ein Sammelbegriff für rechtlich geregelte Maßnahmen zur Abwehr von Gefahren für das Leben oder die Gesundheit der Menschen (Kuhn/Böhm 2015). Darunter fallen z.B. Maßnahmen des Infektionsschutzes, des Arbeitsschutzes, der Arzneimittelsicherheit, der Lebensmittelsicherheit, der Verkehrssicherheit, des gesundheitlichen Umweltschutzes (z.B. Lärmschutz, Luftreinhaltung, Trinkwasserschutz) oder der Patient:innensicherheit sowie des Schutzes vor Gewalt.

Die Bedeutung des Gesundheitsschutzes wird anhand einiger epidemiologischer Eckdaten unmittelbar deutlich:

- In Deutschland gibt es beispielsweise nach einer Schätzung des Deutschen Krebsforschungszentrums jährlich ca. 120.000 vorzeitige Sterbefälle infolge des Tabakkonsums,
- nach Angaben der Europäischen Umweltagentur im Jahr 2019 ca. 60.000 vorzeitige Sterbefälle durch Luftverschmutzung,
- die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung hat 2018 fast 900.000 meldepflichtige Arbeitsunfälle registriert und geht von noch einmal etwa der gleichen Zahl an nicht meldepflichtigen Arbeitsunfällen aus,
- das RKI hat 2018 ca. 550.000 meldepflichtige Infektionskrankheiten registriert,
- das Statistische Bundesamt dokumentiert für 2018 fast 400.000 Verunglückte im Straßenverkehr mit fast 3.300 Verkehrstoten und
- das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) schätzt im APS-Weißbuch 2018, dass jährlich bei 400.000 bis 800.000 Krankenhauspatienten Behandlungsfehler auftreten und ca. 20.000 Menschen daran sterben.

Damit verbunden sind neben dem menschlichen Leid auch volkswirtschaftliche Kosten in Milliardenhöhe.

Die Coronakrise hat zudem deutlich gemacht, dass im Falle einer epidemischen oder pandemischen Lage nahezu alle Bereiche des Gesundheitsschutzes vor großen Herausforderungen stehen können, vom Infektionsschutz über die Patientensicherheit, etwa in Krankenhäusern und Altenheimen, bis hin zum Arbeitsschutz. Sektorale Abgrenzungen, fehlende Vorhaltung von Schutzmaterialien, Engpässe beim qualifizierten Personal, unklare Zuständigkeiten, mangelnde Kommunikation und Kooperation haben sich dabei als äußerst problematisch erwiesen. Diese Erkenntnis gilt auch für künftige Katastrophen.

In Deutschland sind die einzelnen Bereiche des Gesundheitsschutzes durch ein differenziertes System von Rechtsvorschriften reguliert. Manche davon, wie der Arbeitsschutz oder die Lebensmittelsicherheit, folgen konzeptionell Modellen, die dem Public-Health-Action-Cycle entsprechen. Das Arbeitsschutzgesetz sieht beispielsweise auf der betrieblichen Ebene die Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen (assessment) vor, darauf aufbauend die Festlegung von Arbeitsschutzmaßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz (policy development), die Umsetzung der Maßnahmen (assurance) und die Bewertung des Erfolgs mit eventueller Nachsteuerung der Maßnahmen (evaluation). Einer ähnlichen Logik folgt das Hazard Analysis and Critical Control Points-Konzept (HACCP-Konzept) im Lebensmittelbereich. Auf

der politischen Ebene sind für viele Bereiche des Gesundheitsschutzes ebenfalls Elemente des Public-Health-Action-Cycles verankert, ausgehend bspw. von Berichterstattungssystemen und daran anschließender Qualitäts- und Politikentwicklung.

Allerdings folgen die einzelnen Handlungsfelder durch die speziellen gesetzlichen Regelungen zumeist ihrer eigenen Binnenstruktur. Sie verstehen sich nicht als Teil eines gemeinsamen Public-Health-Systems und nehmen nur partiell aufeinander Bezug. Teilweise gehören sie auch zu ganz anderen Rechtskreisen (z.B. der Zoll mit seinen Aufgaben bei der Kontrolle von Importen, Schwarzarbeit etc.) und die Bezüge zur Gesundheit sind nur indirekt über das Health-in-all-Policies-Konzept gegeben. Die Finanzierungswege sind jeweils unterschiedlich, die Handlungsspielräume weitgehend rechtlich vorgegeben, das Potential für bereichsübergreifende Strategieentwicklungen begrenzt. Die Professionen sind hochgradig spezialisiert, es gibt wenig fachlichen Austausch zwischen den einzelnen Handlungsfeldern des Gesundheitsschutzes, wenig gemeinsame Forschung, kaum bereichsübergreifende Kongresse und nur wenig Schnittstellen in der Ausbildung. Eine Ausnahme stellen z. B. epidemiologische Basiskompetenzen dar. Die Vielfalt und Heterogenität der Themen und Akteur:innen erschweren die Entwicklung gemeinsamer Perspektiven. Welche konkreten Wege für einen institutionenübergreifenden Organisationsentwicklungsprozess realistischerweise zu beschreiten sind, ohne nur einen nutzlosen „Vernetzungsüberbau“ zu erzeugen, ist jedoch als Teil der Entwicklung einer Public-Health-Strategie erst noch zu klären und sollte durch Forschung begleitet und unterstützt werden.

Ziele

Für gemeinsame, koordinierte Arbeit zur Erreichung eines effektiven Gesundheitsschutzes ist es notwendig, die einzelnen Handlungsfelder des Gesundheitsschutzes mehr miteinander in Verbindung zu bringen und das gemeinsame Anliegen sichtbar zu machen. Auf der Basis eines solcherart entwickelten Public-Health-Verständnisses könnten dann die besonderen Stärken der einzelnen Handlungsfelder herausgearbeitet werden, um ein gegenseitiges Lernen zu befördern, mögliche konvergente Entwicklungspotentiale zu identifizieren und praktische Schritte zu ihrer Realisierung einzuleiten.

- Gemeinsamkeiten sichtbar machen und nutzen
- Vergleich von Regulierungskonzepten und Ausrichtung an Public-Health-Zielen
- Stärkere Berücksichtigung von partizipativen Ansätzen
- Unterstützung des Transfers erfolgreicher Konzepte zwischen den Handlungsfeldern
- Ausbau von bereichsübergreifenden Themenpartnerschaften, z.B. zur Förderung gesunder Arbeit oder für mehr Verkehrssicherheit
- Sicherstellung handlungsfähiger Gesundheitsschutzstrukturen, Erschließung von synergistischen bzw. übergreifenden Finanzierungsmodellen
- Maßnahmen zur Förderung von Patient:innensicherheit in allen Versorgungsbereichen
- Bündnisse zur besseren Verankerung von Public-Health-Themen in der Politik

Akteur:innen

Bedingt durch die erwähnte bereichsspezifische Ausdifferenzierung der einzelnen Handlungsfelder des Gesundheitsschutzes auf jeweils besonderen Rechtsgrundlagen, gibt es im Gesundheitsschutz eine breite Vielfalt von Akteur:innen, die nicht abschließend aufgelistet werden können. Dazu gehören u.a. Behörden auf

Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, Sozialversicherungsträger, Gremien und Verbände im Gesundheitsschutz, bereichsspezifische Forschungseinrichtungen und Public-Health-Institute sowie Unternehmen. Alle Akteur:innen können den bereichsübergreifenden Austausch unterstützen, etwa durch den Vergleich von Basiskonzepten, Überwachungsstrategien, Zulassungsverfahren, Qualifikationen usw. Damit lassen sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede besser identifizieren sowie Optimierungspotentiale und Bezugspunkte zum Public-Health-Ansatz sichtbar machen, um das Gesamtsystem zu stärken. Dabei gilt es, den unterschiedlichen Aufträgen und Handlungsspielräumen der Akteur:innen Rechnung zu tragen.

Wege

Um diese Ziele zu erreichen, müssen die rechtlich und institutionell stark in sich abgeschlossenen Bereiche des Gesundheitsschutzes nicht neu aufgestellt werden. Es wäre bereits ein Schritt in die richtige Richtung, an die bestehenden Strukturen anzuschließen und das Verständnis, Teil eines gemeinsamen Public-Health-Systems zu sein, zu wecken und zu stärken. Denkbar sind dazu folgende Wege:

- Analyse der Organisation aller Bereiche des Gesundheitsschutzes auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene und ihrer Netzwerke
- Ermittlung von Potentialen für Synergien in der Umsetzung von Aufgaben, Konvergenz und gemeinsame Entwicklung von Verfahren und Prozessen, Definition von Qualitätsparametern, SOPs
- Aufbau eines Erfahrungspools für Implementation und Evaluation (s.a. EPHO 10).
- Prüfung von rechtlichen Vorgaben auf ihren Nutzen für Public Health
- Identifikation der wichtigsten Akteur:innen, Einbindung in die Symposien des Zukunftsforums Public Health
- Gemeinsame Entwicklung von Vorschlägen für Strukturen, die bedarfsgerecht und problembezogen vorübergehend oder dauerhaft eingerichtet werden.
- Priorisierung der wichtigsten Handlungsfelder des Gesundheitsschutzes für eine beispielhafte Analyse und Beschreibung der Basiskonzepte, Darstellung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden, Schnittstellen und konkreten Bezugspunkten zum Public-Health-Ansatz
- Entwicklung nachhaltiger Formate für Kommunikation und Austausch, Stärkung der wechselseitigen Wahrnehmung auf Kongressen, Kongresspartnerschaften, z.B. zwischen wichtigen Public-Health-Kongressen und Tagungen der einzelnen Fachgesellschaften
- Integrative Berichtsformate in der Surveillance/beim Monitoring, mit Aufnahme von Ergebnissen aus anderen Handlungsfeldern des Gesundheitsschutzes, Aufbau einer NCD-Surveillance beimRKI, als eine mögliche wichtige verbindende Rolle (s.a. EPHO 1)
- Entwicklung einer bereichsübergreifenden Public-Health-Ethik
- Aufbau und Sicherstellung der nötigen Personalressourcen, Verknüpfung von Ausbildungen (s.a. EPHO 7 und 8)
- Integrative Papiere für die Politik (s.a. EPHO 8)

Weiterführende Literatur

Dragano, N. et al. (2016): Public Health – mehr Gesundheit für alle. Ziele setzen – Strukturen schaffen – Gesundheit verbessern. Gesundheitswesen 78: 686–688.

Geene, R. et al. (2019): Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland. Berlin. https://zukunftsforum-public-health.de/publikationen/health-in-all-policies/ (Zugriff 09.03.2021)

Kuhn, J., Böhm, A. (2015): Gesundheitsschutz. In: BzGA (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Köln. https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsschutz/ (Zugriff 09.03.2021).

Leopoldina, Acatech, Union der Deutschen Akademien der Wissenschaften (2015): Public Health in Deutschland. Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen. Stellungnahme. Berlin. https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2015_Public_Health_LF_DE.pdf (Zugriff 09.03.2021)

Schrappe, M. (2018): APS-Weißbuch Patientensicherheit. Berlin. https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/08/APS-Weissbuch_2018.pdf (Zugriff 09.03.2021)

Schröder-Bäck P. Ethische Prinzipien für die Public-Health-Praxis. Grundlagen und Anwendungen. Frankfurt am Main: Campus Verlag, 2014. 274 p.

Teichert, U.; Kaufhold, C.; Rissland, J.; Tinnemann, P.; Wildner, M. (2016): Vorschlag für ein bundesweites Johann-Peter Frank Kooperationsmodell im Rahmen der nationalen Leopoldina-Initiative für Public Health und Global Health. Gesundheitswesen 78: 473-476.

6. Gesundheitsförderung

Gesundheitliche Chancengleichheit durch eine förderliche Gesamtpolitik verbessern (EPHO 4)

Ausgangslage und Herausforderungen

Sowohl Gesundheitsförderung als auch Prävention zielen darauf ab, die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten, zu verbessern und zu stärken. Health in All Policies gilt als zentrale Weiterentwicklung des Konzepts der Gesundheitsförderung (WHO 2013). Beide Ansätze sind nicht immer trennscharf und ergänzen sich gegenseitig. In diesem Dokument wird zwischen sektorübergreifenden Maßnahmen wie in diesem und in EPHO 3 (Gesundheitsschutz), und individuellen Maßnahmen (in EPHO 5, Prävention) unterschieden, angelehnt an die EPHO-Einteilung der WHO.

Während Prävention primär von Krankheiten ausgeht und die Risiken hierfür minimieren will, orientiert sich Gesundheitsförderung an Ressourcen und fördert diese. Gesundheitsförderung und Prävention können am Individuum sowie an den sozialen und umweltbezogenen Einflussfaktoren auf Gesundheit ansetzen. Dass die sozialen Determinanten von Gesundheit umfassend wirken und zu ungleich verteilten Ge¬sund¬heitschancen führen, muss daher handlungsleitend sein: Gesundheitsförderung, ebenso wie Prävention müssen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe organisiert werden im Sinne von HiAP. Aus diesem Grund sind politik- und sektoren- bzw. sozialrechtsübergreifende Maßnahmen, wie in EPHO 6 (Governance) und 8 (Organisation und Finanzierung) erwähnt, zur Schaffung gesunder Lebensbedingungen und Lebenswelten ein wichtiger Teil von Gesundheitsförderung.

Hierbei sollte außerdem das Prinzip der intergenerationalen Gerechtigkeit handlungsleitend sein, also das Ziel der Sicherstellung von Gesundheit und den dafür notwendigen Lebensgrundlagen für zukünftige Generationen. Prävention und Gesundheitsförderung muss in diesem Sinne zeitlich und räumlich erweitert gedacht werden und auch die Prävention der weltweiten Zerstörung natürlicher Lebensgrundlagen und Förderung eines nachhaltigen Umgangs mit natürlichen Ressourcen (z.B. sauberer Luft und Wasser, fruchtbare Böden, Biodiversität) beinhalten. Maßnahmen mit Co-Benefits, also positiven Auswirkungen auf Gesundheit und Umwelt (wie zum Beispiel aktiver Transport, gesunde und nachhaltige Ernährung), sollten prioritär umgesetzt werden.

Die Covid-19-Pandemie hat die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention noch einmal unterstrichen. Durch Gesundheitsförderung und Prävention vermeidbare Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2 und Adipositas zählen zu den Hauptrisikofaktoren für schwere Verläufe und Tod bei Covid-19. Besonders schwer betroffen von den gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Folgen der Pandemie sind Bevölkerungsgruppen, deren Gesundheit bereits vor der Pandemie durch ungünstige Lebensumstände beeinträchtigt war. Darüber hinaus hat die Pandemie die Relevanz eines whole-of-government-Ansatzes („Corona-Kabinett“, Treffen Bundeskanzlerin mit Ministerpräsident:innen der 16 Bundesländer) unter Beweis gestellt.

Herausforderungen bei der Umsetzung eines gesamtgesellschaftlichen Ansatzes in Deutschland sind der traditionell starke Fokus der deutschen Gesundheitspolitik auf die individuelle Krankenversorgung, fehlende Finanzmittel für Gesundheitsförderung, ein eingespieltes Ressortdenken, das stark gegliederte Sozialversicherungssystem sowie die Verantwortungsdelegation an Organe der Selbstverwaltung, deren Zuständigkeitsbereich auf das Gesundheitssystem im engeren Sinne begrenzt ist. Die Corona-Pandemie kann dabei

jedoch als Chance gesehen werden, wenn man die Lehren aus der „Feuerwehrzeit“ (akute Infektionsgefahr) auf die „Gärtner:innenzeit“ (nachhaltige Maßnahmen für „Gesundheit für alle“) überträgt.

Eine weitere Herausforderung ist im Kontext der kommerziellen Determinanten von Gesundheit der Umgang mit Interessensgruppen, wie beispielsweise der Tabak-, Alkohol- und Lebensmittelindustrie, deren Widerstand gegen die Umsetzung evidenzbasierter Public-Health-Maßnahmen oft Rückschritte für die Bemühungen der Public-Health-Gemeinschaft bedeuten.

Mit dem 2015 verabschiedeten Präventionsgesetz (Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention vom 25.7.2015) wird eine bessere Kooperation und Koordination der Akteure, Prozesse und Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention angestrebt. Da es sich um ein nicht zustimmungspflichtiges Gesetz ohne Länderbeteiligung handelt, ist jedoch zu kritisieren, dass gerade diejenigen Orte, an denen sich Gesundheitsförderung als Gestaltung des Lebensraums besonders beweisen muss- nämlich die Kommunen- kaum einbezogen sind (erster Präventionsbericht 2019). Trotz zunehmend koordiniertem Vorgehen gemäß Präventionsgesetz kann sich aufgrund der meist zeitlichen und regionalen Begrenztheit vieler Programme und Projekte oftmals keine nachhaltige Strategie für Gesundheitsförderung entwickeln.

Ziele

Die übergeordneten Ziele von Gesundheitsförderung sind

- die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen,
- die Förderung von Gesundheitskompetenz und Empowerment der Bevölkerung,
- und damit letztlich die Förderung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die freie Entfaltung und Entwicklung individueller und gemeinschaftlicher Lebensräume,-pläne und-verläufe heute und in Zukunft,
- Kontinuierliche und strukturell abgesicherte Beteiligung der Adressat:innen von Gesundheitsförderung bei der Priorisierung, Erhebung, Monitoring, Wahl von best-practice Modellen, Auswertung und weitere Planung der Maßnahmen auf Augenhöhe.

Zentral dabei ist es, die Gesundheitschancen und die damit einhergehende Lebenserwartung und Lebensqualität zu vergrößern und die diesbezügliche Kluft zwischen Ländern und Bevölkerungsgruppen zu verringern.

Akteur:innen

Die Realisierung dieser Ziele erfordert das Zusammenwirken zahlreicher Akteur:innen, welche unter EPHO 6 zusammengefasst werden. Hierzu zählen politische Entscheidungsträger:innen und Fachleute auf allen politischen Ebenen und in allen Ressorts, Verwaltungen und Behörden ebenso wie Wissenschaftler:innen, zivilgesellschaftliche Akteur:innen in Lebenswelten, Unternehmen, die Medien und auch die Bürger:innen selbst.

Der Kommune (Gemeinde) kommt als bevölkerungsnahe Organisationsstruktur („Dachsetting“), in dem sie über die ihr zugestandene und auferlegte Selbstverwaltung (Art. 28 GG) Angelegenheiten unterschiedlicher Art regelt, eine wichtige Rolle bei der lokalen Umsetzung zu. Die Kommune ist also sowohl verantwortlich für Verwaltung und Organisation aber gleichzeitig auch ein Lebensraum und Ort sozialer Interaktion.

Wege

Bei der Auswahl geeigneter, wissenschaftlich fundierter sowie praxis-erprobter Ansätze sollten Entscheidungsträger:innen sich an nationalen Bedarfen und internationalen, von Deutschland mitgetragenen Rahmenwerken und Aktionsplänen orientieren. Die Priorisierung von Bereichen sollte aufgrund bestehender Bedarfe, welche durch eine gute Surveillance (s.a. EPHO 1) identifiziert werden sowie unter Berücksichtigung vereinbarter Schwerpunkte (s.a. EPHO 6 Governance) geschehen. Grundlage für die Wege sind die unter EPHO 6 genannte Erreichung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik.

- Fördernde von (Forschungs-)Projekten zur Evaluation von Gesundheitsförderung sollten multiprofessionelle, die Zielgruppen aktiv einbindende partizipative Ansätze unterstützen. Zudem sollten mehr Mittel für die Prozessbegleitung und Evaluation von Maßnahmen, für Fortschritte in der Infrastruktur und für den nachhaltigen Ausbau von Kompetenzen und Kapazitäten, einschließlich einer niedrigschwelligen Unterstützung der Qualitätsentwicklung (einschließlich des Aufzeigens guter Beispiele und wie sie (ggf. in Teilen) transferiert werden können) sowie der Förderung des Austausches zwischen Wissenschaft und Praxis sowie unter den Praktikerinnen und Praktikern, zur Verfügung gestellt werden.
- Wissenschaftler:innen und wissenschaftsnahe Institutionen sollten ihren Sachverstand vermehrt aktiv in politische und gesellschaftliche Debatten und Prozesse einbringen und die Ergebnisse in verständlicher Form kommunizieren (s.a. EPHO 9, EPHO 10). In den Ausbildungszielen und dem Berufsbild Public Health sollte hierfür die Advokaten-Rolle von Public-Health-Expert:innen gestärkt werden (s.a. EPHO 7).
- Vermehrte politische Anstrengungen, um die von Deutschland mitgetragenen internationalen Rahmenwerke für Gesundheitsförderung in Deutschland umfassend umzusetzen (z.B. UN-Nachhaltigkeitsziele, Pariser Klimaabkommen).
- Es sollten neue Modelle der evidenzbasierten Gesundheitskommunikation entwickelt werden, die individualisierte Botschaften nutzen und die Kultur, soziale Systeme und Organisationen effektiv gesundheitsförderlich beeinflussen (s.a. EPHO 9). Hierdurch können unter anderem die positiven Effekte einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik für andere Bereiche der Gesellschaft – wie z. B. wirtschaftliche Produktivität, gesellschaftlichen Zusammenhalt und sozialer Friede etc. – kommuniziert werden.
- Angebote und Maßnahmen der Gesundheitsförderung sollten für alle offen und zugänglich sein und an die Bedarfe und Bedürfnisse besonders vulnerabler Gruppen angepasst werden, ohne diese zu stigmatisieren.
- Verbesserung der Chancengerechtigkeit, einschließlich der Gleichstellung der Geschlechter, der Abbau sozialer Segregation, und die Inklusion von Menschen mit Beeinträchtigungen. Eine Orientierung am Modell der Lebensphasen kann helfen, die Bedarfe von Personen aller Altersgruppen zu adressieren.
- Schaffen lebendiger Nachbarschaften, die Förderung des Engagements für die Gemeinschaft in Vereinen und anderen Organisationen sowie das Schaffen von Möglichkeiten der sozialen Anbindung und Interaktion für Menschen aller Altersgruppen.
- Praktiker:innen auf den Hauptumsetzungsebenen von Gesundheitsförderung (z.B. in der Kommune) sollten durch geeignete Aus- und Fortbildungsstrukturen und Unterstützungsangebote zur wirksamen Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Lebenswelten qualifiziert werden (s.a. EPHO 7).
- Die Herausforderungen anthropogener Klima- und Umweltveränderungen sollten für die Schaffung gesundheitsförderlicher Gesellschaftsstrukturen genutzt werden. Aus den zivilgesellschaftlichen Bewegungen im Bereich Klimagerechtigkeit und gesellschaftliche Transformation kann gelernt und mit ihnen

zusammengearbeitet werden. Synergien für eine sozial gerechte Förderung der Gesundheit der Bevölkerung bei gleichzeitigem Klima- und Umweltschutz sollten aktiv umgesetzt werden. Das Konzept der planetaren Gesundheit, das die Wechselwirkungen zwischen der Gesundheit des Menschen und der Integrität der natürlichen Lebensgrundlagen in den Blick nimmt, sollte hierbei handlungsleitend sein. Beispiele sind der Ausbau des ÖPNV auf Basis erneuerbarer Energien (Reduktion von Luftverschmutzung bei Abschwächung der Erderwärmung), Förderung gesunder Ernährungsmuster (Reduktion des landwirtschaftlichen Flächenverbrauchs bei gleichzeitigem Senken des Risikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und des Körpergewichts), aktiver Transport (Reduktion von Luft- und Lärmverschmutzung sowie Senkung des Risikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und des Körpergewichts). So kann gleichzeitig mehreren Zielen der Agenda 2030 Rechnung getragen werden.

- Bei der anstehenden Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) sollte eine strukturelle Stärkung über die gesamte Breite des Aufgabenspektrums des ÖGDs einschließlich der Gesundheitsförderung und Prävention erreicht, und nicht nur dessen Kapazitäten im Infektionsschutz gestärkt werden (s.a. EPHO 2 und 3). Insbesondere die Koordinierungsfunktion der Kommunen (z.B. „Keiner fällt durch's Netz", Präventionsketten, integrierte kommunale Strategien) muss gestärkt werden.

Weiterführende Literatur

Iseke, A., Thyen, U. (2020): Nachhaltige Sicherung der Kinder- und Jugendgesundheit in der Kommune. Mehr Wirksamkeit durch eine nationale Public-Health-Strategie. Gesundheitswesen 82: 1–3.

Geene, R., Thyen, U., Quilling, E., Bacchetta, B. (2016): Familiäre Gesundheitsförderung. Präv Gesundheitsf 11:222–9.

Lampert, T. (2020): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Razum, O., Kolip, P. (Hg.). Handbuch Gesundheitswissenschaften. 7. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa. S. 530-59.

Lampert, T., Kuntz, B. (2019): Auswirkungen von Armut auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 62. Jg., Nr. 10. 2019:1263–74.

Thyen, U.; Geene, R. (2020): Priorisierung von Kindergesundheit im Kontext von HiAP. Public Health Forum 28(3): 169–175.

Walter, U., Koch, U., (Hg.) (2015): Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland: Konzepte, Strategien und Interventionsansätze. Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Sonderheft 01, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln.186–96.

World Health Organization. The Helsinki Statement on Health in All Policies. 2013. www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf (Zugriff 09.03.2021)

World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group (2018): Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization.

7. Prävention

Krankheiten verhindern oder früh erkennen (EPHO 5)

Ausgangslage und Herausforderungen

Prävention umfasst die Vermeidung von Erkrankungen unter Gesunden (Primärprävention), die Früherkennung und das Verhindern des Fortschreitens von Krankheiten (Sekundärprävention), den Erhalt und die Wiederherstellung der Teilhabefähigkeit und der Lebensqualität von Erkrankten (Tertiärprävention bzw. Rehabilitation) sowie die Vermeidung der negativen gesundheitlichen Folgen von medizinischer Überversorgung (Quartärprävention). Hierbei muss auf gesundheitliche Chancengleichheit geachtet werden, um ein Präventionsdilemma zu vermeiden: Personen in höherer sozialer Schicht nutzen wirksame Präventionsangebote mehr als Personen unterer sozialer Schichten. Hierdurch vergrößert sich die gesundheitliche Ungleichheit. Das vorliegende Kapitel behandelt individuelle Präventionsmaßnahmen innerhalb des Gesundheitssystems. Diese ergänzen die Krankheitsvermeidung durch sektorübergreifende Maßnahmen, die in EPHO 3 (Gesundheitsschutz) und EPHO 4 (Gesundheitsförderung) dargestellt sind.

Insbesondere Sekundär- und Tertiärprävention sind in Deutschland umfassend im Gesundheitssystem verankert. Es gibt diverse spezifische Früherkennungsprogramme, insbesondere zu Krebserkrankungen, Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen in der Schwangerschaft und für Kinder sowie die Früherkennungsuntersuchung ab dem 35. Lebensjahr (Gesundheits-Checkup), die als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in die Routineversorgung integriert sind. Eine Herausforderung in diesem Zusammenhang ist, dass nicht für alle diese Programme der Nutzen wissenschaftlich belegt ist, und bei den in ihrer Wirksamkeit gut belegten Programmen die Inanspruchnahme variiert und insbesondere unter sozial benachteiligten Hochrisikogruppen niedrig ist. Vorbildhaft ist in Deutschland die flächendeckende medikamentöse Sekundärprävention bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Bei der Versorgung mit Leistungen zur Rehabilitation ist Deutschland im internationalen Vergleich gut aufgestellt, wobei die Zuständigkeit der Rehabilitationsträger über mehrere Sozialgesetzbereiche verteilt ist (Rentenversicherung, Gesetzliche Krankenversicherung, Unfallversicherung, Eingliederungshilfe, Sozial- und Jugendhilfe) und den Zugang der Berechtigten erheblich erschwert.

Auch bei der Primärprävention weist Deutschland wichtige Stärken auf, so zum Beispiel beim Impfschutz und Maßnahmen der Zahngesundheit. Verbesserungsbedarf besteht hingegen bei der Adressierung von verhaltensbezogenen Risikofaktoren wie Rauchen, übermäßigem Alkoholkonsum, Über- und Fehlernährung und Bewegungsmangel durch evidenzbasierte individuelle verhaltenspräventive Angebote.

Anders als von den einschlägigen Rahmenwerken der WHO sowie deutschen und internationalen Leitlinien empfohlen, sind in Deutschland Präventionsprogramme zum Beispiel Angebote zum Rauchstopp, Kurzinterventionen zum Alkoholmissbrauch, Ernährungsberatung und Tertiärpräventionsprogramme, zum Beispiel multimodale Lebensstilmodifikationsprogramme bei starkem Übergewicht (Adipositas) nicht flächendeckend in die Routineversorgung integriert. Auch die Gesundheitsziele wie Gesundheitskompetenz stärken, Gesund aufwachsen sowie Gesundheit rund um die Geburt werden nicht ausreichend durch politische Entscheidungen im Sinne von Health in all Policies unterstützt. Von zentraler Bedeutung ist zudem, dass solche Aktivitäten innerhalb des Gesundheitssystems durch eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik flankiert werden (s.a. EPHO 4).

Im Bereich der Quartärprävention sieht das Sozialgesetzbuch V vor, dass Versorgungsleistungen nur dann über die gesetzlichen Krankenversicherungen abgerechnet werden können, wenn sie zweckmäßig, erforderlich, wirtschaftlich und in ihrer Wirksamkeit wissenschaftlich belegt sind. Diese Regelung und ihre Umsetzung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bietet für gesetzlich Versicherte einen gewissen Schutz vor medizinischer Über- und Fehlversorgung. Dennoch weisen international und regional vergleichende Studien auf teils erhebliche Fehl- und Überversorgung in bestimmten Bereichen und Regionen hin, so zum Beispiel beim Antibiotikaeinsatz, bei der Versorgung älterer, multimorbider Patient:innen (Polypharmazie) und bestimmten operativen Eingriffen.

Ziele

Übergeordnetes Ziel ist, dass das Gesundheitssystem neben der Behandlung von Krankheiten sicherstellt, dass das Auftreten und Voranschreiten von Krankheiten sowie daraus folgende Teilhabeeinschränkungen durch geeignete und auf Wirksamkeit geprüfte Maßnahmen soweit wie möglich vermieden werden und einer schädlichen Über- und Fehlversorgung vorgebeugt wird. Dabei sollten folgende Aspekte für Gesundheitsmitarbeiter:innen und ihren Ständevertretungen im Fokus stehen: die Förderung der kontextbezogenen Vernetzung von Angeboten für ihre Patient:innen sowie ihre Advocacy-Funktion als Anwälte für HiAP-Maßnahmen. Insbesondere Personen unterer sozialer Schichten sind auf diese Rückenstärkung angewiesen, um die Einflussfaktoren auf ihre Gesundheit gestalten zu können.

Akteur:innen

Die Hauptverantwortung für diese Aufgabe liegt bei Akteur:innen aus dem Gesundheitswesen, einschließlich gesundheitspolitischer Entscheidungsträger:innen, der bewertenden Institutionen und der Organe der Selbstverwaltung. Das Bundesumweltamt und das Ministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz sind neben dem Schutz vor gesundheitsschädigenden Schadstoffen auch für die Versorgung der Bevölkerung mit sicheren Lebensmitteln zuständig. Wissenschaftler:innen können zur Entwicklung und Evaluation entsprechender Maßnahmen beitragen. Bei der Aufklärung über Präventionsmaßnahmen – wie zum Beispiel Impfungen und Schadstoffgrenzwerten – kommt auch dem Bildungssystem, Institutionen der Gesundheitskommunikation, wie zum Beispiel der BZgA, anderen Akteur:innen wie Verbänden und Vereinen und den Medien Verantwortung zu. Aufklärungskampagnen sollten immer kontextbezogen sein (siehe kontextbezogene Mehrebenenkampagnen in den Gutachten des SVR für das Gesundheitswesen) und Stigmatisierung und nicht intendierten Wirkungen sollten vermieden werden.

Wege

Um Prävention umfassender im Gesundheitswesen zu verankern, sind eine Reihe von Maßnahmen erforderlich:

- Sicherung hoher Impfquoten für wichtige Impfungen: Es sind Anstrengungen zu unternehmen, um hohe Impfquoten für solche Impfungen zu erreichen und zu sichern, deren Wirksamkeit und Sicherheit gut belegt sind, wie zum Beispiel der Masernimpfung.

- Verbesserung des Zugangs zu Vorsorgeuntersuchungen: Durch Aufbau von Komm-Strukturen wird der Zugang zu Schwangerschafts-, Kinder- und Jugendvorsorge und andere Früherkennungsuntersuchungen für Menschen in sozialen Hochrisikolagen verbessert und die Wirksamkeit der präventiven Anteile überprüft und diese ggf. weiterentwickelt werden.
- Re-Orientierung von Maßnahmen unter Aspekten der Effektivität und Effizienz zur Stärkung der Verhältnisprävention auf Bevölkerungsebene (generelle Prävention und gesundheitsförderliche Gesamtpolitik; s.a. EPHO 4).
- Im Bereich der Früherkennung sind eine systematische Wirkungsevaluation und ggf. Optimierung bestehender Programme erforderlich.
- Evaluation und Optimierung des Angebots an primärpräventiver Beratung und Früherkennungsprogrammen.
- In der Routineversorgung sollte die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung gefördert werden, indem sie ihre Patient:innen- und Teilhabeorientierung weiterentwickelt. Weiterhin sollten evidenzbasierte Interventionen zu den wichtigsten verhaltensbezogenen Risikofaktoren breitenwirksam in die Routineversorgung integriert, kostenfrei verfügbar und für Risikogruppen intensiviert werden.
- Es sollte geprüft werden, in welchen Fällen und wie Maßnahmen zur Förderung von Gesundheitskompetenz auf nationaler Ebene dazu dienen können, die Inanspruchnahme von präventiven Angeboten (z. B. Impfung, Früherkennung) im medizinischen Versorgungssystem in sinnvoller Weise zu unterstützen.

Weiterführende Literatur

De Bock, F., Geene, R., Hoffmann, W., et al. (2017): Vorrang für Verhältnisprävention. Zukunftsforum Public Health. https://zukunftsforum-public-health.de/wp-content/uploads/2018/01/2017_12_Handreichung_Verh%C3%A4ltnispr%C3%A4vention_Zukunftsforum.pdf (Zugriff 29.09.2019).

Geene, R., Gerhardus, A., Grossmann, B., et al. (2019): Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland. https://zukunftsforum-public-health.de/health-in-all-policies/ (Zugriff 15.08.2020).

Razum, O., Kolip, P. (Hg.) (2020): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 7. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.

Schaller, K., Effertz, T., Gerlach, S., et al. (2016): Prävention nichtübertragbarer Krankheiten – eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. www.dank-allianz.de/files/content/dokumente/DANK-Grundsatzpapier_ES.pdf (Zugriff 15.08.2019).

von Philipsborn, P., Drees, S., Geffert, K., et al. (2018): Prävention und Gesundheitsförderung im Koalitionsvertrag: Eine qualitative Analyse. Gesundheitswesen.

von Philipsborn, P., Stratil, J., Schwettmann, L., et al. (2017): Nichtübertragbare Krankheiten: Der Stellenwert der Prävention in der Politik. Deutsches Ärzteblatt 114(38):A1700-2.

Wildner M. (2012): Prävention an den Schnittstellen zu Politik und Praxis. Gesundheitswesen 74(04):229-33.

8. Ausbildung und Personal

Kompetentes Fachpersonal für Öffentliche Gesundheit (EPHO 7)

Ausgangslage und Herausforderungen

Deutschland verfügt über ein umfassendes Bildungsangebot, um fachkundiges Personal im Bereich der Öffentlichen Gesundheit/Public Health (PH) zu qualifizieren. Dieses Personal kann eingeteilt werden in Spezialist:innen für Öffentliche Gesundheit (u. a. Gesundheitspolitiker:innen, Fachärzt:innen für Öffentliches Gesundheitswesen, Epidemiolog:innen, Hygienekontrolleur:innen, Gesundheitswissenschaftler:innen); Personen, die indirekt durch ihre Arbeit an Aktivitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit beteiligt sind (u. a. Sozialarbeiter:innen, Psycholog:innen, Ärzt:innen anderer Fachrichtungen (u.a. Allgemeinärzt:innen, Kinder- und Jugendärzt:innen, Arbeitsmediziner:innen), Pharmazeut:innen, Therapeut:innen verschiedener Fachrichtungen, Pflegewissenschaftler:innen, Pflegefachpersonal, Hebammen); und Personen, die sich der Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit in ihrem Berufsleben bewusst sein sollten (u. a. Lehrer:innen, Erzieher:innen, Umweltwissenschaftler:innen, Städteplaner:innen, Journalist:innen).

Aufgrund der Notwendigkeit der Priorisierung konzentriert sich dieses Kapitel vor allem auf Maßnahmen für die Gruppe der Spezialist:innen für Öffentliche Gesundheit, da diese unmittelbar von der Strategie betroffen sind und einen maßgeblichen Anteil zur Verbesserung der Öffentlichen Gesundheit in Deutschland beitragen können. Zudem liegt ein Fokus auf dem Öffentlichen Gesundheitsdienst als einem zentralen Akteur im Bereich Public Health in Deutschland, auch wenn weitere Institutionen mitgedacht werden.

Im Vergleich mit anderen Industrienationen ist die Situation von Gesundheitspersonal in Deutschland generell gut, jedoch gibt es verschiedene Herausforderungen hinsichtlich der Aus-, Fort- und Weiterbildung von kompetentem Fachpersonal. So sind unter anderem Inhalte und Kompetenzen im Bereich Öffentliche Gesundheit nur unzureichend in den Qualifizierungen der Spezialist:innen, aber auch in den anderen Gruppen repräsentiert.

Herausforderungen, aber auch Vorteile hinsichtlich der Qualifizierungen im Bereich der Öffentlichen Gesundheit in Deutschland zeigen sich auch in anderen Bereichen: Die Lehrlandschaft der Universitäten und Hochschulen ist zersplittert und es gibt zahlreiche Studiengänge mit unterschiedlichen Ausrichtungen und Schwerpunkten, allerdings existiert kein einheitlicher oder verbindlicher Lernzielkatalog für Public Health im akademischen Bereich. Verschiedene Bundesländer unterhalten Akademien zur Qualifizierung von Mitarbeiter:innen in kommunalen Einrichtungen Öffentlicher Gesundheit, darüber hinaus gibt es eine unübersichtliche Anzahl an Ausbildungsgängen und Weiterbildungsmöglichkeiten für verschiedene Berufsgruppen..

Anderseits stehen die Einrichtungen des ÖGD als potentielle Arbeitgeber für Spezialisten:innen im Bereich Öffentliche Gesundheit vor einer Reihe von Herausforderungen. Zentral ist dabei die angespannte Personalsituation, welche sich in naher Zukunft noch zu verschärfen droht. Diese Herausforderung hat verschiedene Ursachen: Noch oft fehlt die Vernetzung des ÖGDs in die Ausbildung und das Studium der verschiedenen Berufsgruppen sowie die kontinuierliche Nachwuchsrekrutierung und Anbindung. Die verschiedenen Berufsgruppen kommen vor allem aus medizinischen, sozialwissenschaftlichen, pflegerischen, psychologischen Bereichen sowie der öffentlichen Verwaltung, allerdings bisher selten aus dem Kernbereich der akademischen Public-Health-Ausbildung an Hochschulen. Für alle Berufsgruppen gibt es bisher wenig akademische Karriereentwicklungsmöglichkeiten, inklusive Forschungsmöglichkeiten.

Zudem fehlt es an ärztlichem Personal, welches für Teile der Umsetzung der hoheitlichen Aufgaben des ÖGDs zuständig ist, weil der Verdienst hier für Mediziner:innen im Vergleich zur klinischen Tätigkeit wenig attraktiv ist.

Insgesamt scheint bei Beschäftigten im ÖGD und angrenzender Public-Health-Bereiche eine gemeinsame Identifikation der verschiedenen Berufsgruppen nur schwach ausgebildet.

Eine positive Entwicklung ist durch den zwischen Bund und Ländern geschlossenen Pakt für den ÖGD zu erwarten (4 Mrd. Euro aus Bundesmitteln für 5000 unbefristete Stellen sowie Ausbau der Digitalisierung zwischen 2020 und 2026). Allerdings ist die Frage der Nachhaltigkeit (Stand 12/2020) noch nicht geklärt. Der Pakt soll der Zukunftsfähigkeit des ÖGD dienen und nicht allein der Corona-Festigkeit.

Ziele

Um eine Stärkung von Spezialist:innen zu erreichen, sollten für die Aus-, Fort- und Weiterbildung folgende Ziele festgelegt werden:

- Verbesserte Vernetzung zwischen Universitäten, Hochschulen, der Schools of Public Health bzw. Studiengängen in Public Health/Gesundheitswissenschaften sowie der Akademien für Öffentliche Gesundheit.
- Integration wichtiger Kompetenzen für eine Tätigkeit in der Praxis in das Studium der Gesundheits- und Sozialprofessionen.

Darüber hinaus sollten folgende drei Bereich gestärkt werden

- (inter-)professionelle Leitbilder und der Identität von Public-Health-Professionals.
- internationaler Austausch in Aus-, Fort- und Weiterbildung.
- Verbindung von Public-Health-Forschung mit der Berufspraxis bzw. anwendungsorientierten auf Bundes-, Landes- und Kommunaler (ÖGD) Ebene (s.a. EPHO 10).

Akteur:innen

Um die genannten Ziele zu erreichen, ist eine enge Zusammenarbeit und eine frühzeitige Einbindung von verschiedenen Akteur:innen notwendig. Die Hochschulen und Akademien für Öffentliches Gesundheitswesen als Orte der Forschung und/oder Lehre spielen eine unverzichtbare Rolle, ebenso wie der Öffentliche Gesundheitsdienst.

Da sowohl Gesundheit als auch Bildung Ländersache sind, müssen entsprechende Gremien tätig werden: Gesundheitsministerkonferenz (GMK), Kultusministerkonferenz, Fachgesellschaften, Kammern (auf Landes- und Bundesebene), lokale und regionale Bündnisse (z.B. die Präventions-Forschungsnetzwerke), Nachwuchsinitiativen (u.a. DGPH-Studierende, Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit (NÖG), Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) e.V.) sowie entsprechende Vertretungen der (traditionell) beruflich qualifizierten Berufsgruppen sollten in dem Prozess ebenfalls berücksichtigt werden, da sie einen wichtigen Beitrag zur Erreichung der Ziele leisten können.

Wege

Zur Realisierung der Ziele können auf drei Ebenen Wege eingeschlagen werden:

Personalplanung – Bedarfsermittlung

- Quantitative, systematische Bestandserhebung unter Einbeziehung von Sozial- und Bevölkerungsdaten, Analyse und Beschreibung der Bedarfe auf allen Ebenen für Spezialist:innen im Bereich Öffentliche Gesundheit und anderer Public-Health-Expert:innen, beispielsweise in Form einer regelmäßigen statistischen Aufschlüsselung besetzter und unbesetzter Stellen für Planungszwecke.

Lehre und Weiterbildung – Vernetzung und Kerncurriculum

- Stärkung bestehender und Gründung neuer Schools of Public Health und stärkere Vernetzung der Hochschulen mit Public-Health-Studiengängen untereinander.
- Stärkung der Akademien für Öffentliches Gesundheitswesen mit mehr Interprofessionalität in der Lehre.
- Wechselseitige Anerkennung von Ausbildungsschwerpunkten und Kooperation von Public Health und (Amtsarzt)-Ausbildungsmodulen der Akademien für Öffentliches Gesundheitswesen.
- Anknüpfung an bestehende Initiativen zur Harmonisierung der Aus-, Fort- und Weiterbildung, angelehnt an die Vorgaben von ASPHER sowie Förderung eines aktiven Austausches von Hochschulen mit anderen Ausbildungsinstitutionen.
- Stärkung der Vernetzung und Verzahnung von akademischer Lehre und praktischer Arbeit in Public Health durch zielgruppenspezifische Weiterbildungsangebote oder Einbindung in bestehende Studiengänge und praktische Module, z.B. in Gesundheitsämtern und anderen Strukturen mit Bezug zur Bevölkerungsgesundheit.
- Entwicklung eines berufsbegleitenden akademischen Weiterbildungsprogramms für Mitarbeiter:innen in der Public-Health-Praxis.
- Einrichtung von neuen Lehrstühlen mit Bezug zu Public Health an Universitäten und Hochschulen, u. a. Einrichtung von Lehrstühlen für Öffentliche Gesundheit an ausgewählten (medizinischen oder gesundheitswissenschaftlichen) Fakultäten.
- Integration von in Forschung und Praxis wichtigen Kenntnissen in das Public-Health-Kerncurriculum sowie in das Medizinstudium.
- Ausbau von bestehenden Kooperationen zwischen Gesundheitsämtern, anderen Einrichtungen mit Relevanz für Öffentlichen Gesundheit, Nichtregierungsorganisationen sowie Etablierung von neuen, intersektoralen Allianzen zwischen verschiedenen Fakultäten und Akteur:innen außerhalb des akademischen Sektors zur Stärkung der Aus- und Weiterbildung.
- Vereinfachung der Anrechenbarkeit von im Ausland absolvierten Qualifikationen für alle Bereiche der Öffentlichen Gesundheit.
- Änderung der Weiterbildungsordnung zum Fachärzt:in für Öffentliches Gesundheitswesen, um Forschungskompetenzen auszubauen und eine stärkere Verzahnung mit Hochschulen zu ermöglichen.

Öffentlicher Gesundheitsdienst – Novellierung

- Schaffung von planbaren und verlässlichen Karrierewegen für den hochschulisch oder berufsschulisch qualifizierten Nachwuchs.
- Erweiterung des akademischen Sektors im ÖGD, u. a. mit Professor:innen und Postdoc-Stellen sowie Erweiterung des Aufgabenspektrums, das Forschung einschließen soll.
- Definition von Kernkompetenzen, die in der akademischen Ausbildung vermittelt werden, um auf eine spätere Berufstätigkeit im ÖGD vorzubereiten sowie Überprüfung, welche bislang ÖGD-Ärzt:innen vorbehaltenen Aufgaben perspektivisch und aufgrund ihrer besonderen Qualifizierung auch durch Public-Health-Absolvent:innen ausgeübt werden könnten.
- Änderung des Rechtsrahmens für Tätigkeiten im ÖGD.
- Reform des Einstellungsprozesses im ÖGD mit der Möglichkeit nicht-ärztliches Public-Health-Personals für alle Tätigkeiten, die keine fachärztliche Qualifikation erfordern, einzustellen und darüber hinaus Anpassung der Gehälter des nicht-ärztlichen Personals und Entwicklung von Karrieremöglichkeiten (auch insbesondere im kommunalen ÖGD), einschließlich der Möglichkeit Fachbereichs- und Amtsleitungen zu übernehmen.
- Erweiterung des Aufgabenspektrums, um mehr anwendungsorientierte Forschung und Translation zu ermöglichen.
- Änderung der ärztlichen Weiterbildungsordnung für die Facharztausbildung „Öffentliches Gesundheitswesen“ zu Gunsten nicht-klinischer Tätigkeiten.
- Etablierung von Pflichtpraktika und Hospitationen im ÖGD für Studierende verschiedener Gesundheitsberufe.
- Ermöglichung der Ausbildung von Studierenden im ÖGD (z.B. in Form von PJ und Famulaturen von Medizinstudierenden)- mit Verankerung in allen länderspezifischen Weiterbildungsordnungen.
- Etablierung von strukturierten Trainee- und Weiterbildungspprogrammen (z.B. zum Fachärzt:in für Öffentliches Gesundheitswesen in Fulda und Erweiterung auf zusätzliche Standorte).
- Angebot von gezielten Qualifikationsangeboten für Quereinsteiger:innen im Bereich Öffentliche Gesundheit, wie beispielsweise Fachärzt:innen anderer Fachrichtungen oder Angebote für andere Berufsgruppen.
- Stärkung kontinuierlicher Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für alle im ÖGD Beschäftigten unter Berücksichtigung eines gemeinsamen Leitbildes.
- Durchführung von kooperativen Modellvorhaben für eine engere Verzahnung von ÖGD und PH-Lehr- und Forschungseinrichtungen, z.B. durch systematischen Personalaustausch oder Weiterbildungsanerkennung.
- Entwicklung von neuen, innovativen Modellen und Ansätzen für die Spezialisierung im ÖGD wie beispielsweise gemeinsame Weiterbildungsangebote für Absolvent:innen aller Disziplinen, Austauschplattformen für Mentoring, Praxis-Forschungs-Partnerschaften, Förderung von internationalem Austausch.

- Digitale Lehr- und Lernangebote sollten für alle diese Schritte mitgedacht, ggf. entwickelt und breit genutzt werden, wie es bereits an einigen Standorten der Fall ist.
- Aufwertung der Tätigkeit nicht-ärztlicher Berufsgruppen im (kommunalen) ÖGD und Förderung eines kollegialen Miteinanders in interdisziplinären, multiprofessionellen Teams.

Weiterführende Literatur

Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf, Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg, Regie-rungspräsidium Stuttgart, Akademie für Gesundheit und Lebens-mittelsicherheit München, Bayerisches Staatsministerium für Ge-sundheit und Pflege, Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (Hg.): Curriculum: Kursweiterbildung Öffentliches Gesundheitswesen. Düsseldorf, 2019

ASPHER's European List of Core Competences for the Public Health Professional. (2018). Scandinavian Journal of Public Health, 46(23_suppl), 1–52. (Zugriff 09.03.2021)

The Association of Schools of Publich Health in the European Region (ASPHER) (May 2013): Recommendations for PhD programmes in public health. A report from the ASPHER Working Group on Doctoral Programmes and Research Capacities. https://www.aspher.org/download/362/aspher_dprc_report_may2013.pdf (Zugriff 23.02.2021)

Birt, Christopher; Foldspang, Anders (2011): European Core Competences for Public Health Professionals (ECCPHP). Publication No. 5. 3. Aufl. Hg. v. The Association of Schools of Publich Health in the European Region (ASPHER). https://www.aspher.org/download/78/eccmphe-2011.pdf (Zugriff 23.02.2021)

Dierks ML. (2016): Aus-, Fort- und Weiterbildung in Public Health – wo stehen wir heute? Plenarvortrag im Rahmen des Zukunftsforums Public Health, Berlin. Gesundheitswesen 79:954-59.

Dragano, N., Geffert, K., Geisel, B., Hartmann, T., Hoffmann, F., Schneider, S., Voss, M., Gerhardus, A. (2017): Lehre, Fort- und Weiterbildung in Public Health. Gesundheitswesen 79:929-31.

Foldspang A, Birt CA, Otok R (Hg.) (2018): ASPHER's European List of Core Competences for the Public Health Professional. 5. Aufl. https://pure.au.dk/ws/files/131600070/04_06_2018_ASPHER_s_European_List_of_Core_Competences_for_the_Public_Health_Professional.pdf (Zugriff 23.02.2021)

Teichert, U.; Kaufhold, C.; Rissland, J.; Tinnemann, P.; Wildner, M.: Vorschlag für ein bundesweites Johann-Peter Frank Kooperationsmodell im Rahmen der nationalen Leopoldina-Initiative für Public Health und Global Health. Gesundheitswesen 2016; 78(07): 473-476

von Philipsborn, P.; Öffentlicher Gesundheitsdienst – Weg von verstaubten Klischees. Ärzteblatt 018. Dtsch Arztebl 2018; 115(8): A-328 / B-280 / C-280

9. Kommunikation und Information

Verbesserung durch Partizipation und Leitlinien (EPHO 9)

Ausgangslage und Herausforderungen

Gesundheits- und Wissenschaftskommunikation und-information haben eine unterstützende Funktion für die anderen EPHOs. Sie dienen der Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung insgesamt, aber auch spezifischer, vulnerabler Bevölkerungsgruppen und professioneller Multiplikator:innen wie Entscheidungsträger:innen, Meinungsbildner:innen, Verbände, NGOs oder medizinisches Fachpersonal. Die Weitergabe von Informationen muss dementsprechend zielgruppenspezifisch angelegt sein. Von dieser mittel- und langfristig angelegten Gesundheitskommunikation ist die ad hoc-Risiko-Kommunikation abzugrenzen (s.a. EPHO 2).

Die weltweite Pandemie der durch das Virus SARS-CoV-2 ausgelösten Erkrankung COVID-19 hat die erhebliche Relevanz von Kommunikation hervorgehoben. Da die Eindämmung des Infektionsgeschehens wesentlich vom präventiven Verhalten der Gesamtbevölkerung und der Akzeptanz von Maßnahmen, die mit der Einschränkung von Grundrechten einhergehen, abhängt (u.a. Tragen einer Alltagsmaske, Wahren von physischem Abstand), müssen die Menschen über dieses Schutzverhalten sowie dessen Notwendigkeit zeitnah, bedarfsgerecht und effektiv aufgeklärt werden.

Bei der Kommunikation ist zu berücksichtigen, dass Individualismus, Selbstbestimmung und persönliche Freiheit einen hohen Wert in der heutigen Gesellschaft haben, sodass beispielsweise präventive Appelle oft als paternalistisch oder bevormundend wahrgenommen werden. Die Proteste gegen Eindämmungsmaßnahmen bei COVID-19 haben dies eindrucksvoll belegt.

Eine besondere Herausforderung liegt auch darin, dass es große Unterschiede in Wissen und Gesundheitskompetenz zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen gibt. Ethisch problematisch ist dabei, dass eine umfangreiche evidenz-basierte und ausgewogene Information zu (komplexen) Gesundheitsthemen riskiert, von vulnerablen Gruppen nicht wahrgenommen zu werden. Vereinfachende und emotionale Appelle mögen wirksamer sein, sind aber als ethisch bedenklich einzustufen, vor allem wenn die Botschaften irreführend oder manipulativ sind. Auch fehlen – jenseits von vereinzelten Projekten - Ansätze und Formate, um Bürger:innen für Gesundheitsthemen zu mobilisieren und zu ermächtigen (Empowerment bis hin zu Advocacy). Beim Krisenmanagement z.B. im Falle von Ausbrüchen übertragbarer Erkrankungen wird die aktive Einbindung von Bevölkerungsgruppen bereits häufiger explizit mit eingeplant. Das spiegelt sich auch im z.B. von der WHO verwendeten Terminus „risk communication and community engagement (RCCE)“ wider.

Zudem stehen die Informationen aus der Public-Health-Wissenschaft oft in Konkurrenz zur Kommunikation aus anderen Quellen (z.B. Ernährungs- und Konsumgüterindustrie oder Impfgegner), die teilweise gegenläufige Botschaften vermitteln. Auch in der COVID-19-Pandemie werden Fehlinformationen und Spekulationen verbreitet (sog. „infodemic“), und die technischen Fortschritte in der Kommunikation sowie die weit verbreitete Nutzung von sozialen Medien amplifizieren die Auswirkungen von Falschmeldungen und Gerüchten. Es fehlen etablierte Strategien und gebündelte Maßnahmen, um verbreitete Falschinformationen zu widerlegen, Gerüchte zu bekämpfen und interessengeleitete Botschaften z.B. der (Konsumgüter-)Industrie oder anderer Akteur:innen als solche zu entlarven.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Möglichkeiten der Digitalisierung und Automatisierung die Kommunikation in der Gesellschaft bisher entscheidend verändert haben. Damit muss auch Public Health umgehen und angemessene Möglichkeiten digitaler und individualisierter Kommunikation hinsichtlich Effektivität und ethischer Herausforderungen ausloten.

Dazu gehört, auch proaktiv die digitale Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung zu verbessern und Diskurse in sozialen Medien engmaschig zu erfassen („social listening").

Die Frage, inwieweit Kommunikationsformen durch Ressourcenverbrauch das Klima belasten (z.B. durch Streamen oder Printmaterialien) und damit indirekt selbst schädlich für Gesundheit werden, wird zukünftig weiter an Bedeutung gewinnen.

Eine weitere Herausforderung ist die sachgerechte zeitnahe Information von Vertreter:innen der Politik und Praxis. Insbesondere die Politikberatung stellt hohe Anforderungen an professionelle Planung, an Reaktionszeiten auf aktuelle Ereignisse sowie an die Formulierung überzeugender Inhalte. Fachwissen aus der Public Health-Wissenschaft muss zudem oftmals Erfahrungs- oder Kontextwissen aus der Praxis oder Politik integrieren (Ko-Produktion von Wissen), um in realistische und nachhaltige Public Health-Interventionen zu münden. Dazu muss der transdisziplinäre Wissensaustausch zwischen Wissenschaft, Politik und Praxis verbessert werden. Für Krisensituationen gilt, dass klare, wissenschaftlich begründete und transparente Kommunikation durch Politikerinnen und Politiker wichtig sind, um Vertrauen in die Regierungen aufzubauen und die Akzeptanz der eingeführten Maßnahmen zu erhöhen.

Ziele

Durch Kommunikationskonzepte und darauf abgestimmte Maßnahmen sollen eine gesellschaftliche und politische Akzeptanz sowie Unterstützung von gesundheitsbezogenen Zielen, gesundheitlichen Schutzverhalten und (verhältnisbezogenen) Public-Health-Maßnahmen erreicht werden.

Für die mittel- bis langfristig angelegter Kommunikation mit der Bevölkerung kann man folgende Ziele unterscheiden:

- Handlungsrelevantes Gesundheitswissen soll leicht verständlich und verantwortungsvoll vermittelt werden sowie allen Personen zugänglich sein
  - um in der (betroffenen) Bevölkerung Gesundheitskompetenz zu verbessern und soziale Ungleichheiten nicht zu vergrößern.
  - um Lebensstile zu verändern bzw. zu ermächtigen, Veränderungen der Verhältnisse einzufordern (individual advocacy).
- Unsicherheiten im Wissensstand, z.B. in akuten Public-Health-Notlagen mit einer sich ständig verändernden Erkenntnislage, sollten transparent gemacht werden, indem kommuniziert wird, was bekannt ist, aber auch, wozu die Kenntnisse bislang nicht ausreichen oder unsicher sind.
- Die Bevölkerung soll in die Gestaltung von Kommunikationsmaßnahmen einbezogen werden.
- Ein gerechter und niederschwelliger Zugang zu qualitätsgesicherten Gesundheitsinformationen muss sichergestellt werden. Transparent gemachte Nudging-Maßnahmen (z.B. einfache Nahrungsmittelkennzeichnungen) können in der Kommunikation erwogen werden. Vertrauenswürdige, authentische und geschulte Multiplikator:innen (wie unter EPHO7 genannt) und Peergroups sollen dazu systematisch mit einbezogen werden.

- Kommunikation muss sich sowohl analoger als auch digitaler Medien bedienen („cross-medial“); dabei wirken Public-Health-Expert:innen proaktiv an der Ausgestaltung der digitalen Kanäle und Botschaften mit, anstatt nur auf die (rasanten) Entwicklungen zu reagieren. Sie sollen zudem das Potenzial für neue Kommunikationsformen und-zugänge nutzen, gleichzeitig aber auch die Risiken im Blick behalten.
- Potenziell schädliche Wirkungen von bevölkerungsbezogener Gesundheitskommunikation, z.B. hinsichtlich Diskriminierung, Vergrößerung gesundheitlicher Ungleichheiten oder auch Klimabelastung (Planetary Health), sollen systematisch untersucht und verstanden werden.
- Die Public Health-Wissenschaft sollte potentiell gesundheitsschädigenden und/oder interessengeleiteten Botschaften z.B. der (Konsumgüter-)Industrie sowie Falschinformationen laut und vernehmlich widersprechen. Hierfür muss es für die Bevölkerung leichter werden, evidenzbasierte von irreführender bzw. falscher Information zu unterscheiden; Informationsquellen müssen transparent gemacht werden. Zudem bedarf es eines kontinuierlichen Monitorings von Diskursen und etwaigen Falschinformationen z.B. in sozialen Online-Medien, nicht nur in Krisensituationen.

Für die mittel- bis langfristig angelegte Kommunikation mit der Praxis und Politik sind folgende Ziele relevant:

- Politische Entscheidungsträger:innen sollen zu bestimmten Gesundheitsthemen und deren bevölkerungsbezogener Relevanz sachgerecht und zeitnah informiert werden, um z.B. entsprechende Verordnungen und Gesetze zu initiieren.
- Handlungskompetenzen von Gemeinden, Schulen, ÖGD sollen erhöht werden, sodass evidenzbasierte gesundheitsfördernde Maßnahmen vor Ort umgesetzt werden können.
- Die Erfahrungen von Multiplikator:innen, Politik, Vertreter:innen von Bevölkerungsgruppen und Wissenschaft sollten in einem transdisziplinären Dialog systematisch in die Planung von Maßnahmen mit einbezogen werden.

Um die Umsetzung der genannten Ziele zu ermöglichen, gilt zudem auf Ebene der Public-Health-Akteur:innen:

- Die kommunikativen Kompetenzen von Wissenschaftler:innen und Public-Health-Akteur:innen müssen gestärkt werden. Das ist insbesondere für die Kommunikation mit Entscheidungsträger:innen erforderlich, aber auch für die Risikokommunikation und die Vermittlung von Unsicherheiten und Wahrscheinlichkeiten. Gleichzeitig soll die Kompetenz im Umgang mit digitalen Kommunikationskanälen und -formen ausgebaut werden. Durch eine Stärkung der Akzeptanz von Öffentlichkeitsarbeit im wissenschaftlichen Umfeld soll letztlich auch die Motivation dafür erhöht werden. Anzustreben ist eine engere Zusammenarbeit mit Fachdisziplinen wie Journalismus, Gesundheitspädagogik, Marketing und Kommunikationswissenschaften.
- Für die Kommunikation mit politischen Entscheidungsträger:innen ist es wichtig, dass Public-Health-Wissenschaftler:innen und -Fachgesellschaften untereinander kooperieren, Allianzen bilden und sich kontinuierlich abstimmen. So können sie bei Themen mit klarer Evidenz einheitliche Botschaften vermitteln und mit einer Stimme sprechen.
- Da die verschiedenen Formen der Kommunikation komplex sind, spezifische Expertise und mitunter hohen zeitlichen Aufwand erfordern, sollte zudem eine methodische und organisatorische Unterstützung durch dafür ausgerichtete Institutionen und Akteur:innen geplant werden.

Akteur:innen

Um eine gelungene Kommunikation an die Bevölkerung und die Politik zu erreichen, ist die Zusammenarbeit mit Institutionen wie der BZgA, dem RKI, den Krankenkassen und den Landesregierungen unabdingbar. Auch Stiftungen, Vereine, Verbände und Gesundheitsämter sollten eingebunden werden. Darüber hinaus sollten enge Kontakte mit (Wissenschafts-)Journalist:innen aufgebaut werden. Auch die Kooperation mit Wissenschaftler:innenn aus dem Bereich Gesundheitskommunikation ist zielführend. Aspekte der Kommunikation und des transdisziplinären Austauschs sollten Eingang in Public-Health-Ausbildungen (Studiengänge, Weiterbildungen) finden.

Wege

Es lassen sich folgende Wege beschreiben, die zur Erreichung der genannten Ziele relevant sind:

- Es werden Leitlinien für wirksame, evidenzbasierte, zielgruppengerechte, ethisch vertretbare Bevölkerungsansprache entwickelt. Diese werden allen wichtigen Akteur:innen bekannt sein. Die Leitlinien werden partizipativ unter Einbeziehung von Bevölkerungsvertreter:innen erstellt. Sie berücksichtigen auch Risiken wie Manipulation und Diskriminierung sowie dauerhafte Herausforderungen wie gesundheitliche Chancengleichheit und Klimaneutralität.
- Die Identifikation von falschen oder irreführenden Gesundheitsinformationen wird erleichtert, z.B. durch höhere Transparenz und unterstützende Regeln in (sozialen) Medien, z.B. zur Kennzeichnung von Falschnachrichten, Sponsoring bzw. Interessenkonflikten. Hierzu müssen verfügbare Gesundheitsinformationen, insbesondere im Internet und in sozialen Medien, systematisch auf fachliche Richtigkeit überprüft werden.
- Erfahrungen z.B. aus der COVID-19-Pandemie werden hinsichtlich gelingender Risikokommunikation systematisch ausgewertet.
- Es gibt einen Plan der o.g. Akteur:innen für die systematische, proaktive Erweiterung etablierter Kommunikationswege um mobile Endgeräte und soziale Online-Netzwerke.
- Praxisnahe Formate zum Empowerment von Bevölkerungsgruppen werden erarbeitet und an relevante Akteur:innen in Schulen, Gemeinden etc. kommuniziert; praxisnahe Instrumente für die Umsetzung von Public-Health-Maßnahmen (z.B. Online-Tool-Boxes) werden partizipativ mit Praktiker:innen und Multiplikator:innen entwickelt und für unterschiedliche Settings, Themen und Akteur:innen zur Verfügung gestellt.
- Auf lokalen, regionalen wie Landes-Ebenen werden Formate des Dialogs zwischen Public-Health-Wissenschaftler:innen, Praxis, Politik und Bevölkerungsvertretungen, einschließlich Bildungseinrichtungen, etabliert, um in einem inter- und transdisziplinären Austausch die besten Lösungen für Public-Health-Probleme zu erarbeiten. Es werden Best-Practice-Modelle zum Vorgehen für transdisziplinären Wissensaustausch und Integration von Fach-, Praxis- und Kontextwissen identifiziert.
- Es werden verschiedene Fort- und Weiterbildungen angeboten, um Public-Health-Expert:innen über Kommunikationsthemen (z.B. auch digitale Kommunikation) zu informieren. Dabei soll auch die (politische, bevölkerungsbezogene) Wirksamkeit von Medienkommunikation vermittelt werden, um die Akzeptanz von Öffentlichkeitsarbeit z.B. bei Public-Health-Wissenschaftler:innen zu erhöhen.

- Es werden Mittel für die Finanzierung von Kommunikationsmaßnahmen im Sinne von EPHO 1, EPHO 2 sowie von Prozessen und Ressourcen im Sinne von EPHO 3, EPHO 4, EPHO 5 und EPHO 6 bereitgestellt
- Die Anreize im Wissenschaftssystem werden dahingehend weiterentwickelt, dass Erfolg auch an Öffentlichkeitsarbeit und Umsetzbarkeit in der Praxis gemessen wird. Die Kommunikation der Ergebnisse sollte bei der Planung von Studien von Beginn an berücksichtigt werden, indem dafür zeitliche und finanzielle Ressourcen vorgesehen werden.
- Integration von relevanten Basiskenntnissen (im Rahmen der Erhöhung individueller Gesundheitskompetenz) sowie Umgang mit Informationen in die Curricula von Schulen, um grundsätzliches Verständnis in der Bevölkerung für Interventionen zu erhöhen.

Weiterführende Literatur

Bonfadelli, H., Friemel, T.N. (2010): Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich: Grundlagen und Anwendungen. 2. Auflage. UVK, Konstanz.

Chapman, S. (2004): Advocacy for public health: a primer. J Epidemiol Community Health 58: 361–5.

Leask, C.F., Sandlund, M., Skelton, D.A., Altenburg, T.M., Cardon. G. et al. (2019): Framework, principles and recommendations for utilising participatory methodologies in the co-creation and evaluation of public health interventions. Research Involvement Engagement 5:2.

Loss J., Lindacher, V., Curbach, C. (2014): Online social networking sites- a novel setting for health promotion? Health Place 26:161-70.

Loss, J., Nagel, E. (2009): Probleme und ethische Herausforderungen bei der bevölkerungsbezogenen Gesundheitskommunikation. Bundesgesundheitsbl 52:502–511.

Rütten, A., Frahsa, A., Abel, T., Bergmann, M., de Leeuw, E., Hunte,r D., Jansen, M., King, A., Potvin, L. (2019): Co-producing active lifestyles as whole-system-approach. Theory, intervention & knowledge- to-action implications. Health Promot Int 34/1: 47-59.

10. Public-Health-Forschung

Ausbau und Anwendung von wissenschaftlichen Erkenntnissen (EPHO 10)

Ausgangslage und Herausforderungen

Public-Health-Programme haben häufig komplexe Probleme zu lösen. Die Herausforderungen sind aktuell beim Ringen um den Umgang mit der Covid-19-Pandemie nochmals eindrucksvoll demonstriert worden. Die Aufgabe der Public-Health-Forschung besteht darin, wirksame Vorgehensweisen zu entwickeln, um die knappen Ressourcen dort einzusetzen, wo sie die nachhaltigsten Effekte erzielen. Hierfür benötigten Politik und Praxis ebenso wie Behörden und Betriebe, die Public-Health-Maßnahmen planen und durchführen, fundiertes Grundlagen- und anwendungsbezogenes Wissen. Gleichermaßen ist es auch Aufgabe der Public-Health-Forschung aktuelle Erkenntnisse verständlich und transparent aufzubereiten.

Public-Health-Forschung liefert im besten Falle die hierfür benötigten wissenschaftlichen Theorien, überprüft sie in empirischen Studien und evaluiert die Wirksamkeit entwickelter Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention und des Gesundheitsschutzes. Sie hinterfragt dabei bestehende Annahmen und liefert neue Erkenntnisse über eine sich schnell verändernde Welt. Zugleich sollte sich eine exzellente Public-Health-Forschung auch am konkreten Bedarf der Praxis ausrichten. Die Förderung dieser Forschung und die Vermittlung ihrer Ergebnisse an die Öffentlichkeit, die institutionellen Akteure sowie Entscheidungsträger:innen ist daher ein zentraler Baustein der Gesamtstrategie, der eng mit verschiedenen anderen EPHOs verbunden ist (z.B. EPHO 1, EPHO 9).

Hierbei gibt es eine Reihe von Herausforderungen. Ein besonderes Thema ist die fragmentierte Forschungslandschaft. Zweifellos existiert in Deutschland eine leistungsfähige Public-Health-Forschung an Hochschulen und außeruniversitären Institutionen, die auch international wahrgenommen wird. Zu einem nicht unwesentlichen Anteil findet diese Forschung aber unter anderer Bezeichnung in angrenzenden Fachgebieten statt. Public-Health-Themen sind in der Regel komplex und erfordern interdisziplinäre Ansätze. Bislang gelingt es nicht immer in ausreichendem Maße, disziplinübergreifend zu agieren, sowohl was die Kooperation in konkreten Forschungsvorhaben, die Priorisierung von Forschungsthemen als auch die gemeinsame Lobbyarbeit im Bereich der Forschungsförderung angeht.

Von zentraler Bedeutung ist der Dialog zwischen Wissenschaft, Praxis und Öffentlichkeit. Dabei müssen der geforderte Transfer von Ergebnissen aus der Forschung in Praxis/Politik und, umgekehrt, die Aufnahme von Forschungsfragen, die in der Praxis generiert werden, durch die Wissenschaft intensiviert werden. Gerade beim Transfer könnten mit einem strategischeren Vorgehen und besseren Rahmenbedingungen als bisher große Fortschritte hin zu einer evidenzbasierten Public Health und einer Förderung der Gesundheit aller erzielt werden. Dies umfasst sowohl Kommunikation als auch die praktische Implementierung entsprechender Maßnahmen sowie einen gemeinsamen, öffentlichen Diskurs über prioritäre Themen- und Handlungsfelder mit Ideen zu Lösungsansätzen.

Probleme in der Kommunikation zwischen verschiedenen Forschungsinstitutionen, aber auch zwischen Forschung und Öffentlichkeit werden in der gegenwärtigen Pandemie deutlich, gleichwohl zeigt die Pandemie auch die Potenziale gelingender Kommunikation auf.

Weitere Herausforderungen betreffen Aspekte wie den fehlenden (oder zu komplizierten) Zugang zu Forschungsdaten, einschließlich administrativer Daten und Versorgungsdaten, etwa solchen der Krankenkassen oder anderer Versicherungen (s.a. EPHO 1). Insbesondere in Fällen, in denen Forschungsergebnisse schnell benötigt werden (auch hier kann die Covid-19-Pandemie als Beispiel herangezogen werden), macht sich

der mitunter schwierige Zugang zu Routinedaten negativ bemerkbar. Es fehlt darüber hinaus ein Gesamtkonzept zum Umgang mit unterschiedlichen Forschungsdaten und eine Anknüpfung an die Open Science/ Data-Bewegung.

Nicht zu vergessen ist auch das finanzielle Argument: Originäre Public-Health-Forschung muss verlässlich und angemessen finanziert werden (s.a. EPHO 8), was derzeit nur eingeschränkt zutrifft. Aber auch die methodische Forschung muss angesichts der sich derzeit rasant entwickelnden digitalen Transformation konsequenter vorangetrieben werden. Big Data und KI-Ansätze werden auch in der Public-Health-Forschung immer wichtiger, zudem eröffnen sich gänzlich neue Perspektiven für Forschung (z.B. Analyse von Social–Media-Inhalten, Online-Konsultationsverfahren, Kommunikationsstrategien). Zentral sind außerdem die Erforschung und Anwendung von Methoden, um der gesundheitlichen Ungleichheit besser zu begegnen. So sollte die Wirksamkeit von Maßnahmen speziell in (und mit) benachteiligten Bevölkerungsgruppen erforscht und neue Ansätze zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit entwickelt werden.

Eine Public-Health-Strategie für das kommende Jahrzehnt wird die bestehenden Strukturen der Forschung hinterfragen und neue, flexiblere Kooperationsformen etablieren müssen. Das übergeordnete Ziel des gesamten Prozesses ist, dass qualitativ hochwertige Public-Health-Forschung als Evidenzgrundlage für bevölkerungsbezogene gesundheitspolitische Entscheidungen akzeptiert und verwendet wird. Damit dies gelingt, muss durchaus kritisch hinterfragt werden, welche Rolle die Public-Health-Forschung zur Förderung der Gesundheit aller spielen kann. COVID-19 hat sehr eindrücklich gezeigt, wie schnell evidenzbaisertes Wissen generiert, validiert und kommuniziert werden muss und kann. V.a. Letzteres gilt es in den kommenden Jahren weiter zu optimieren. Als anwendungsbezogene Wissenschaft ist die Public-Health-Forschung gefragt, die kommunikative Aufbereitung von Forschungsergebnissen weiter zu entwickeln. Dazu gehört auch, dass der Dialog zwischen Politik und Wissenschaft gestärkt und ein gemeinsames Verständnis dessen, was Forschung leisten kann, entwickelt wird.

Ziele

Der Strategieprozess hat eine Reihe von miteinander verknüpften Teilzielen:

- eine kritische Bestandsaufnahme von Stärken und Schwächen der aktuellen Public Health-Forschungslandschaft in Deutschland,
- die Entwicklung von passgenauen Maßnahmen der Strukturförderung und Institutionalisierung (Förderschemata, Foren), die Stärken fördern und Schwächen ausgleichen,
- Inter- und Transdisziplinarität sowie Interprofessionalität fördern,
- die Methodenentwicklung konsequent vorantreiben und
- den Dialog bzw. Transfer zwischen Wissenschaft, Praxis, Politik und Öffentlichkeit auf eine neue Basis stellen.

Folgende Teilziele sollten verfolgt werden.

- Public-Health-Forschung ist so angelegt, dass ihre Ergebnisse tatsächlich zu einer Verringerung der Krankheitslast, einer Verbesserung der Gesundheit und der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität der Bevölkerung beitragen. Dabei liefert sie Informationen, die helfen, mehr gesundheitliche Gerechtigkeit zu erreichen. Die Public-Health-Forschung wird von den Bürger:innen sowie der Politik als wertvoll und relevant angesehen und mitgestaltet.

- Deutschland soll einer der international führenden Standorte für Public-Health-Forschung werden. Es werden hochqualifizierte, innovative und sichtbare Beiträge zur internationalen Forschung geleistet, die zur Lösung drängender Gesundheitsprobleme – lokal wie global – beiträgt. Dafür muss originäre Public-Health-Forschung in einer pluralen Forschungslandschaft verlässlich und angemessen finanziert werden. Dies erfordert eine funktionierende Abstimmung zwischen den verschiedenen Forschungsförderern und eine systematische Priorisierung von Forschungsthemen. Hierfür sind geeignete Foren geschaffen. Einen ersten Ansatz für die Priorisierung von Forschungsthemen hat die Public-Health-Community bereits vorgelegt (s. Quellen).
- Die Public-Health-Forschungslandschaft wird so gestärkt, dass Nachwuchswissenschaftler:innen die beste Ausbildung und verlässliche Planungsgrundlagen für eine professionelle Karriere in der Forschung erhalten.
- Im Bereich der Infrastruktur geht es für die Public-Health-Forschung darum, zukünftig den Zugang zu Daten aus Public-Health-Projekten für weitere Analysen deutlich zu erleichtern und Prinzipien von „Open Science“ umfassend und für den Public-Health-Forschungsgegenstand angemessen umzusetzen. Dies schließt die Standardisierung von Indikatoren und Instrumenten auch im europäischen und internationalen Bereich ein, ebenso wie eine Registrierung von Public-Health-Studien, z. B. in einer verbindlichen und transparenten Forschungsdatenbank Public Health. Besondere Schwerpunkte sind dabei 1) die Digitalisierung und ihre Chancen und Risiken für die Forschung sowie 2) eine Forcierung der Methodenentwicklung und Schaffung neuer fachübergreifender Plattformen.
- Entwicklung einer Public-Health-Forschungsethik als Selbstverpflichtung und Identitätsbildung, mit dem übergeordneten Ziel der Schaffung gesundheitlicher Chancengleichheit und sozialer Gerechtigkeit sowie dem Erhalt der natürlichen Lebensgrundlagen, um Gesundheit auch in Zukunft zu ermöglichen. Dies umfasst auch die Suche nach einer gelungenen Kombination aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen, mit einem besonderen Fokus auf Maßnahmen mit synergistischen Effekten.
- Für die inhaltliche Ausgestaltung der Public-Health-Forschung ist eine systematische Prioritätensetzung (z. B. ähnlich der James-Lind-Alliance) anzustreben, dazu wurden mit der Priorisierungsstudie zu Public-Health-Forschungsthemen schon erste wichtige Schritte unternommen. Public-Health-Forschung muss zudem vermehrt Theorieentwicklung betreiben und an neuen Modellen mitarbeiten, die z. B. die Kooperation und Interaktion der Forschungseinrichtungen mit Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hinsicht auf relevante Public-Health-Forschung zum Gegenstand haben. Neue Ergebnisindikatoren und Belohnungsmechanismen sind auch für die Public-Health-Forschung relevant und erforderlich: diese sollen sich nicht wie bisher allein an wissenschaftlichen Publikationen bzw. deren bibliometrischen Maßzahlen orientieren, sondern neue Wege bei der Berücksichtigung des „Public-Health-Praxis-Impacts“ und der Transfer- und Rückkopplungsaktivitäten von Public-Health-Forschung beschreiten.
- Der Diskurs zwischen Forschung, Politik, Praxis und Öffentlichkeit erfolgt kontinuierlich, sodass effektive Public-Health-Interventionen in der Praxis umgesetzt werden und systematisch wissenschaftlich begleitet werden. Durch einen auf Kooperation und gemeinsames Lernen ausgerichteten Transfer in alle Richtungen erzeugt Public-Health-Forschung relevante Ergebnisse und wird zugleich als Evidenzgrundlage für bevölkerungsbezogene gesundheitspolitische Entscheidungen akzeptiert. Es ist Aufgabe der Public-Health-Forschung einen offenen Diskurs zwischen Wissenschaft, Politik und Praxis sicherzustellen. Der Ausbau entsprechender Foren/Formate muss vorangetrieben werden (in enger Abstimmung mit EPHO 2 und 6).

- Öffentliche und private Forschungsförderer werden unterstützt relevante Forschungsprogramme und -themen auszusuchen. Sie werden dafür sensibilisiert, dass Partnerschaften mit Praxis Aufwand und Zeit bedeuten.

Akteur:innen

Zu den Akteur:innen gehören Forschende an Hochschulen und außeruniversitären Forschungseinrichtungen (z.B. Helmholtz, Leibniz), Ressortforschungseinrichtungen (z.B. RKI, BfR, BAuA), wissenschaftliche Fachgesellschaften, der Öffentliche Gesundheitsdienst, internationale wissenschaftliche Partner:innen sowie in bestimmten Situationen die Privatwirtschaft, etwa Versicherungen oder Technologieentwickler:innen. Eine enge Verbindung mit Umsetzenden, etwa in Wohlfahrtsverbänden, Vereinen und Organisationen der Selbsthilfe sowie den Kommunen (Quartieren) sowie im ÖGD und der Privatwirtschaft ist essentiell.

Unter den Förderern von Public-Health-Forschung stehen auch zukünftig öffentliche Forschungsförderer wie die DFG, die Bundes- und Landesministerien sowie deren Behörden und die EU im Mittelpunkt. Dies ist der Aufgabenstellung und Zielsetzung von Public Health angemessen. Zudem unterstützen Sozialversicherungsträger mit Public Health-Aufgaben oder wichtigen Datenbeständen, Stiftungen und die Privatwirtschaft, unter der Bedingung klarer Reglementierungen, die Public-Health-Forschung. Auch hier ist die hohe Gemeinwohlausrichtung der Public-Health-Forschung von zentraler Bedeutung.

Wege

- Vorstellung der Roadmap für eine Forschungsstrategie im Rahmen des Zukunftsforum Public Health: Konsentieren eines vorläufigen Programms für die Strategieerstellung im Rahmen eines Workshops unter Berücksichtigung der Lehren, die aus wissenschaftlicher Politikberatung im Rahmen der Covid-19-Pandemie gewonnen werden können.
- Mapping Forschungslandschaft: Wo und in welchen Institutionen findet relevante Public-Health-Forschung statt? Welche Disziplinen sind involviert, was sind die wichtigsten inhaltlichen Beiträge der Disziplinen?
- Mapping Interdisziplinarität: Welche Foren gibt es, auf denen sich Wissenschaftler:innen der Public-Health-relevanten Disziplinen austauschen (Konferenzen, Gremien, Zeitschriften etc.) und sind diese vorhandenen Foren ausreichend? Ist ein Ausbau möglich? Welche Ergebnisse erzielen diese Foren?
- Fachgespräch Interdisziplinarität: Strategiediskussion mit den relevanten wissenschaftlichen Fachgesellschaften z. B. DGPH, DGMS, DGEpi, GMDS, DGSMP, DGE, DGSPJ in Rahmen bestehender Initiativen (z.B. Kompetenznetz Public Health zu COVID-19).
- Mapping-Forschung/-Praxis: Welche bestehenden Strukturen/Organisationen gibt es? Welche Strukturen werden benötigt, um den Austausch PH-Forschung und-Praxis zu fördern? Welche Schritte zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Wissenschafts-Praxis-Kooperation sind notwendig? Welche Erwartungen haben Praxis, Politik und Öffentlichkeit an den Transfer von Public Health-Forschungsergebnissen?
- Allgemeine strategische Erwägungen: wie kann überhaupt eine Strategie für ein von erheblicher Vielfältigkeit geprägtes Feld aussehen? Hierzu ist Theoriearbeit ebenso nötig wie ein Austausch mit Experten:innen des Forschungsmanagements (z. B. Initiative „kleine Fächer“), der Wissenschaftskommunikation oder der Politikwissenschaft.

- Erprobung Forschung/Praxis: In Zusammenarbeit mit dem EPHO 2 wird die Initiative Plattform ÖGD/Forschung mit Nachdruck gefördert und erprobt. Eine intensive Abstimmung wird etabliert. Die Zusammenarbeit und der Austausch mit anderen Partnern aus der Praxis werden gestärkt.
- Die Rahmenbedingungen für Forschung im Öffentlichen Gesundheitsdienst werden verbessert (z.B. Anerkennung von Forschungszeiten). Hierzu werden Bedarfe erhoben und neue Initiativen monitoriert.
- Auftrag Forschende: Public-Health-Forschung durch eingeworbene Forschergruppen, Einzelanträge, Verbundanträge kontinuierlich stärken und gewonnene Ergebnisse systematisch verbreiten und zur Diskussion stellen.
- Aus-, Fort- und Weiterbildung: Um methodisch exzellenten Nachwuchs auszubilden, muss Forschung stärker in den Curricula der Public-Health-Studiengänge verankert werden (s.a. EPHO 7).
- Nachwuchsförderung: Es wird eine Konsultation mit Delegierten des wissenschaftlichen Nachwuchses durchgeführt. Die Perspektive junger Forschender wird aufgegriffen, in einen Forderungskatalog aufgenommen und durch das ZfPH an Politik und Öffentlichkeit zirkuliert.

Weiterführende Literatur

Dragano, N., Gerhardus, A., Kurth, B.M., Kurth, T., Razum, O., Stang, A., Teichert, U., Wieler, L.H., Wildner, M., Zeeb, H. (2016): Public Health – Mehr Gesundheit für Alle. Gesundheitswesen 78: 686-688.

Gerhardus, A., Becher, H., Groenewegen, P., Mansmann, U., Meyer, T., Pfaff, H., Puhan, M., Razum, O., Rehfuess, E., Sauerborn, R., Strech, D., Wissing, F., Zeeb, H., Hummers-Pradier, E. (2016): Applying for, reviewing, and funding public health research in Germany and beyond. BMC Health Research Policy and Systems 14(1):43.

Hoekstra, D., Gerhardus, A., Lhachimi, S.K. (2019): Priorisierung von Forschungsthemen für Public Health. Deutsche Gesellschaft für Public Health. http://www.deutsche-gesellschaft-public-health.de/ (Zugriff 09.03.2021)

Kurth, T. (2017): Public-Health-Forschung in Deutschland: Eine Bestandsaufnahme. Gesundheitswesen 79(11): 949-953.

Kurth, B.-M., Kurth, T. (2017): Stärkung von Public Health durch Stärkung der Public Health Forschung. Gesundheitswesen 79(11): 923-925.

Moebus, S., Kuhn, J., Hoffmann, W. (2017): Big Data und Public Health. Gesundheitswesen 79(11): 901-905.

Pfaff, H., Ohlmeier, S. (2017): Wissenschaftsnetzwerke in Public Health: Voraussetzungen wirksamer Nachhaltigkeit aus soziologischer Perspektive. Gesundheitswesen 79(11): 966-974.

11. Fazit

Sowohl international als auch in Deutschland stellen sich große gesundheitliche Herausforderungen, die es erfordern, Public Health auf allen Ebenen – global, europa- wie bundesweit, in den Ländern und Kommunen - zu stärken und neu zu denken. Dazu gehört die Verschiebung des Krankheitsgeschehens von Infektions- zu nichtübertragbaren Krankheiten; die demografische Entwicklung durch Alterung mit Pflegebedürftigkeit und Migration; ausgeprägte gesundheitliche Ungleichheiten und erschreckende Armutslagen. Insbesondere der Klimawandel und weitere anthropogene Umweltveränderungen müssen zentrale Themen für Public Health sein, um gesundheitlichen Schaden heute und in Zukunft abzuwenden und zu begrenzen. Weiterhin müssen die Lehren aus der aktuellen Covid-19-Pandemie handlungsleitend für die Fortentwicklung eines deutschen Public-Health-Systems sein.

Die in Deutschland vorhandenen, historisch gewachsenen Public-Health-Strukturen tragen dazu bei, dass Deutschland grundsätzlich gut für die geschilderten Aufgaben gerüstet ist. Die Übertragung von Public-Health-Maßnahmen aus anderen Ländern in das föderale System in Deutschland bleibt eine Herausforderung und wird den gewachsenen Strukturen zum Teil nicht gerecht. Innerhalb der existierenden Strukturen gilt es, alle vorhandenen Kräfte über Sektoren hinweg zu bündeln und sie durch gezielte politische Maßnahmen und gut organisierte Entwicklungsprozesse zu stärken, die klar über unverbindliche Selbstverpflichtungen hinausgehen. So kann es gelingen, die gesundheitlichen Errungenschaften der Vergangenheit im 21. Jahrhundert in einer sich verändernden Welt zu sichern und fortzuführen.

Das vorliegende Strategiepapier hat hierfür Ausgangslagen, Herausforderungen, Wege und Ziele anhand der von der WHO definierten Kernfunktionen von Public Health skizziert. Es beschreibt, welche Beiträge Public Health leisten kann, dass tragfähige, nachhaltige, bedarfsgerechte und sozial gerechte Antworten auf die Herausforderungen gefunden werden. Die Umsetzung und Fortentwicklung der im vorliegenden Papier genannten Schritte und Wege erfordert ein Zusammenwirken zahlreicher Akteur:innen in allen Bereichen und auf allen Ebenen von Politik und Gesellschaft. Viele der nötigen Maßnahmen erfordern politische Entscheidungen, die das Ergebnis gesellschaftlicher und politischer Meinungsbildungs-, Verständigungs- und Aushandlungsprozesse sind. Die Public-Health-Fachgemeinschaft kann diese Prozesse mit ihrem Sachverstand anstoßen, begleiten und unterstützen.

Als Plattform von Public Health in Deutschland fordert das Zukunftsforum Public Health insbesondere gesellschaftliche und politische Entscheidungsträger:innen auf, sich für diese Strategie einzusetzen und das Ziel „Gemeinsam für mehr Gesundheit“ entschieden und nachhaltig zu verfolgen. Wir sind überzeugt, dass ein solches Engagement zur Gerechtigkeit in der Gesellschaft und zur Armutsminderung beiträgt, begrenzte Ressourcen effektiv einsetzen hilft und Demokratie stabilisiert.

Abkürzungen

AA ..... Auswärtiges Amt

ABAS ..... Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe

AOLG ..... Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden

AOLG-AG GPRS ..... Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden – AG Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin

APS ..... Aktionsbündnis Patientensicherheit

ASPHER ..... Association of Schools of Public Health in the European Region

BAuA ..... Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

BBK ..... Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe

BfArM ..... Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

BfR ..... Bundesinstitut für Risikobewertung

BfS ..... Bundesamt für Strahlenschutz

BMAS ..... Bundesministerium für Arbeit und Soziales

BMEL ..... Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft

BMFSFJ ..... Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

BMG ..... Bundesministerium für Gesundheit

BMI ..... Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat

BMJV ..... Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz

BMUB ..... Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit

BMVI ..... Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur

BVL ..... Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit

Bvmd ..... Bundesvertretung der Medizinstudierenden

BZgA ..... Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

DEGS ..... Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland

DESTATIS ..... Statistisches Bundesamt

DFG ..... Deutsche Forschungsgemeinschaft

DGEpi ..... Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie

DGMS ..... Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie

DGPH ..... Deutsche Gesellschaft Public Health

DGSMP ..... Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention

DKG ..... Deutsche Krankenhausgesellschaft

DVG ..... Digitale-Versorgung-Gesetz

ECDC..... European Centre for Disease Prevention and Control

EPHO ..... Essential Public Health Operations

EU ..... Europäische Union

FLI ..... Friedrich-Loeffler-Institut

GBA..... Gemeinsamer Bundesausschuss

GBE..... Gesundheitsberichterstattung

GEDA ..... Gesundheit in Deutschland aktuell

GG ..... Grundgesetz

GIS ..... Geographische Informationssysteme

GKV..... Gesetzliche Krankenversicherung

GMDS ..... Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie

GMK ..... Gesundheitsministerkonferenz

HACCP ..... Hazard Analysis and Critical Control Points-Konzept

HiAP..... Health in All Policies

HIS ..... Health-Information-System

IfSG..... Infektionsschutzgesetz

IGV..... Internationalen Gesundheitsvorschriften

INEK..... Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

IQTiG ..... Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen

IQWiG..... Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswese

KBV ..... Kassenärztliche Bundesvereinigung

KiGGS..... Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

LÜKEX-Übungen ..... Länder-übergreifenden Krisen Exercise

MRI ..... Max-Rubner-Institut

NCD ..... Non communicable diseases, nichtübertragbare Erkrankungen

NGO..... Nichtregierungsorganisation

NÖG..... Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit

OECD ..... Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

ÖGD..... Öffentlicher Gesundheitsdienst

ÖPNV..... Öffentlicher Personennahverkehr

PEI ..... Paul-Ehrlich-Institut

PH..... Public Health

PKV ..... Private Krankenversicherung

RCCE ..... Risk communication and community engagement

RKI ..... Robert Koch-Institut

SROI ..... Social Return in Investment

UBA ..... Umweltbundesamt

THW ..... Technisches Hilfswerk

WHO ..... Weltgesundheitsorganisation

ZfPH ..... Zukunftsforum Public Health

Impressum

Redaktionsgruppe: Karin Geffert, Ansgar Gerhardus, Joseph Kuhn, Julika Loss, Peter von Philipsborn, Hajo Zeeb

Autor:innen: EPHO 1: Laura Arnold, Joseph Kuhn, Thomas Ziese; EPHO 2: Ute Rexroth; EPHO 3: Joseph Kuhn, Wolfgang Hoffmann, EPHO 4: Freia De Bock, Petra Kolip, Peter von Philipsborn, Stefan Pospiech, Ute Thyen; EPHO 5: Freia De Bock, Petra Kolip, Peter von Philipsborn, Stefan Pospiech, Ute Thyen; EPHO 6: Raimund Geene, Manfred Wildner; EPHO 7: Karin Geffert, Bertram Geisel, Peter Tinnemann; EPHO 8: Raimund Geene, Katharina Mörschel, Manfred Wildner; EPHO 9: Julika Loss; EPHO 10: Nico Dragano, Ansgar Gerhardus, Hajo Zeeb

Online-Konsultation: Claudia Böhm, Karin Geffert, Sophie Gepp, Svenja Matusall, Susanne Moebus, Kerstin Sell, Peter Tinnemann

Schlussredaktion: Karin Geffert, Svenja Matusall, Susanne Moebus, Judith Schröder

Layout: Jörg Schaarschmidt

Wir möchten den zahlreichen Reviewer:innen, den Teilnehmenden unserer Symposien sowie allen Kolleg:innen der Public-Health-Gemeinschaft, die sich an den beiden Online-Konsultationsrunden beteiligt haben, für Diskussionen, Anregungen und Kommentare danken. Darüber hinaus gilt unser Dank dem Robert Koch-Institut für die Bereitstellung der Geschäftsstelle des Zukunftsforums, dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Robert Koch-Institut, der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung sowie dem Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS für die finanzielle Förderung der verschiedenen Symposien des Zukunftsforums, der Steuerungsgruppe des Zukunftsforums, sowie dem Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit, deren Vertreter:innen maßgeblich inhaltlich, sowie operationell zu dem Prozess beigetragen haben.

Zukunftsforum Public Health im März 2021

Zitiervorschlag: Zukunftsforum Public Health (2021): Eckpunkte einer Public-Health-Strategie für Deutschland. Berlin: Zukunftsforum Public Health. www.zukunftsforum-public-health.de/public-health-strategie